BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

PARIS. — TYPOGRAPHIE HENNUYER ET FILS, RUE DU BOULEVARD, 7.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE

RECUEIL PRATIQUE

PUBLIÉ

PAR LE DOCTEUR FÉLIX BRICHETEAU

Chef de clinique médicale à la Faculté de médecine,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Lauréat de la Faculté de médecine de Paris, Vice-Président de la Société anatomique,
Secrétaire général de la Société médicale d'observation,
Membre de la Société d'hydrologie et de la Société d'anthropologie,
Rédacteur en chef.

TOME SOIXANTE-DOUZIÈME.

99014





PARIS

AU BUREAU DU JOURNAL,

RUE THÉRÈSE, N° 5.

1867



BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Coup d'œil rétrospectif sur les travaux publiés par le *Bulletin général de Thérapeutique médicale et chirurgicale* pendant le cours de l'année 1866.

Au milieu de l'ardeur fiévreuse qui, à cette heure, emporte les esprits, dans toutes les directions scientifiques, vers les problèmes les plus difficiles, et quelquefois, à bon droit, les plus réservés, la médecine n'occupe assurément pas le dernier rang ; et tous tant que nous sommes, nous ne pouvons qu'applaudir à ces généreux efforts pour reculer les limites de nos connaissances. Sans chercher à déterminer ici l'esprit général qui, en ce moment, paraît surtout caractériser l'enquête scientifique en médecine, il n'est pas inutile de remarquer que, si du côté de la théorie, de la science pure, la spéculation ne tend à rien moins qu'à un remaniement complet des bases de la médecine, qu'à une révolution radicale dans les principes sur lesquels elle s'appuie, l'observation clinique, la pratique, qui est le frein naturel, et heureusement nécessaire, de la spéculation libre, préserve l'art de funestes entraînements possibles, et assure aux progrès, que font légitimement espérer tant de nobles efforts, une sûreté de déduction logique, si nous pouvons ainsi dire, qui les mettra à l'abri de toute fluctuation de doctrines. En attendant que ces progrès se réalisent complétement, la pratique a ses exigences de tous les jours, et les lumières partielles dont tant de travaux éclairent les points les plus obscurs de la science, le journal que nous avons l'honneur de diriger se fait un devoir de les recueillir, et d'en faire bénéficier, dans la mesure de sa modeste influence, la pratique générale. L'année qui vient de finir, sans avoir eu à enregistrer quelqu'une de ces découvertes qui

illuminent tout le champ de la science, ne laisse pas toutes les questions au point où elle les a trouvées, et le *Bulletin général de Thérapeutique médicale et chirurgicale* peut, sans outrecuidance, se rendre cette justice qu'il n'a laissé échapper aucun fait nouveau, aucun résultat de laborieuse enquête auquel, à un degré quelconque, l'art s'intéressât, qu'il n'ait consigné dans ses colonnes, sans lui mesurer trop parcimonieusement l'espace. Nous avons annoncé, dès l'an dernier, que l'utile innovation que notre regretté prédécesseur, le docteur Debout, avait introduite dans ce journal, et qui consiste à résumer d'un trait rapide les principaux travaux publiés dans l'année, nous nous ferions un devoir de la maintenir : fidèle à cette promesse, nous allons, pour la seconde fois, rappeler succinctement la part qu'a prise le *Bulletin général de Thérapeutique* au mouvement de la science et de l'art pendant le cours de l'année qui vient de finir, et nous osons espérer que nos lecteurs trouveront que le contingent du journal à l'œuvre commune ne s'est pas amoindri entre nos mains, grâce au concours dévoué de nos habiles et zélés collaborateurs.

Parmi les questions nombreuses et très-diverses traitées dans le *Bulletin général de Thérapeutique médicale et chirurgicale*, pendant le cours de l'année 1866, il en est quelques-unes qui ont un caractère de généralité tel que, pour plusieurs d'entre elles au moins, il est nécessaire de faire un plus ou moins large crédit au temps, avant d'arriver à la solution qu'elles poursuivent. Mais tel est l'intérêt qui s'attache à ces questions, qu'elles sont encore bien certainement présentes à l'esprit des lecteurs du *Bulletin*, avec les discussions qu'elles ont soulevées, et qu'il nous suffira d'en marquer ici la place. La question de la vaccination animale, telle que l'a posée M. le professeur Depaul, celle de la vaccination et de la revaccination, le problème non encore résolu pour tous de la supériorité absolue de l'occlusion des plaies, telle que l'a formulée M. Guérin, la question neuve de l'antagonisme thérapeutique qui, démontré pour certains agents médicamenteux, peut s'étendre à un plus grand nombre, toutes ces questions, auxquelles nous ajouterons celles qu'ont agitées MM. Pécholier et Ferrand, l'un en étudiant d'un point de vue général l'influence de la diète lactée dans les maladies, l'autre en s'efforçant de faire sortir de l'ornière la thérapeutique des maladies du cœur, toutes ces questions, disons-nous, restent encore à l'ordre du jour ; mais nous ne croyons pas nous faire illusion en affirmant que les travaux que nous venons de rappeler, et qui figurent avec honneur dans notre recueil, con-

tribueront à en hâter la solution, et que, dès maintenant, elles peuvent, en un certain nombre de cas, fournir des enseignements utiles pour la pratique de la médecine et de la chirurgie.

Bien qu'il nous fût facile d'allonger la liste des travaux marqués de ce caractère, qu'a publiés, l'an dernier, le journal que nous avons pris la tâche de diriger, beaucoup plus nombreux et plus variés encore sont les travaux qui, pendant le même espace de temps, ont été insérés dans ce recueil, et qui, par cela seul qu'ils s'appliquent à des cas de pratique, soit médicale, soit chirurgicale, soit obstétricale, bien délimités et bien définis, ont plus grande chance de toucher de plus près le but qu'ils se sont marqué.

Déjà l'an dernier, tous nos lecteurs s'en souviennent, M. le professeur Béhier avait magistralement posé la question de l'utilité des alcooliques dans le traitement de certaines formes des maladies aiguës, et principalement de la pneumonie; cette question a été reprise cette année par un professeur distingué de l'Ecole d e m decine de Nantes, M. Tastour. Cet habile clinicien s'est surtout attaché à bien déterminer les conditions qui appellent, dans cette dernière maladie, l'application de cette médication spéciale, et son travail concourra à faire entrer dans la pratique une médication dont on abuse peut-être un peu au delà du détroit, mais qui y rend incontestablement de signalés services. Outre que ce travail vient heureusement confirmer les conclusions de l'éminent professeur de la Faculté de médecine de Paris, il apporte encore cet enseignement important, savoir, que la médication ne réussit pas seulement sur les organisations plus ou moins profondément ruinées des hôtes habituels des hôpitaux de la capitale, mais qu'elle a une plus haute portée ; qu'en dehors même de la sphère de la *malaria* parisienne, elle peut trouver, et trouve en effet d'utiles applications. Nous croyons cette question résolue, au point de vue de l'indication générale à laquelle elle répond. Ce qui reste à faire, pour que la solution soit complète, c'est, d'une part, de rechercher avec laquelle des médications communes de la pneumonie elle se concilie le mieux, et, d'un autre côté, de préciser d'une manière plus rigoureuse encore ses indications, et ses contre-indications qui sont également réelles.

Nous rapprocherons de cet article intéressant celui de M. Gallard, relativement à l'emploi de la digitale à haute dose dans le traitement de la pneumonie. Non-seulement le savant et habile médecin de la Pitié pose nettement, par l'observation, que cette médication peut être très-utilement appliquée dans un certain

nombre de cas de cette maladie qu'il caractérise d'une main sûre, mais, riche de cette large expérience qu'on n'acquiert guère que dans les grands établissements nosocomiaux, il fait une remarque qui peut être un trait de lumière pour les praticiens moins heureusement placés, et que nous tenons à reproduire textuellement : « En ce qui concerne la pneumonie, dit-il, les indications sont assez faciles à poser, et il n'est pas rare de voir, dans la même salle d'hôpital, le même médecin soumettre un pneumonique à des émissions sanguines répétées, tandis qu'il donnera l'émétique au suivant, et qu'il prescrira du quinquina et du vin, voire même de l'eau-de-vie, à un troisième, sans parler des vésicatoires qui pourront être appliqués à d'autres. » L'indication, l'indication ! voilà la vraie clef de la thérapeutique ; sans cette clef, on peut quelquefois guérir, mais c'est que la porte s'est ouverte toute seule, le *Sésame* interne a opéré.

La question de la thoracentèse est encore une question qui a été discutée longuement un peu partout, et plus d'une fois le ***Bulletin de Thérapeutique*** s'est fait l'écho de ces intéressantes discussions ; si elle n'est pas encore complétement résolue, si quelques questions subsidiaires surtout attendent encore un éclaircissement, on peut dire hardiment aujourd'hui, qu'étant données certaines formes d'épanchement pleurétique, en certaines conditions, et se traduisant par une oppression progressive que n'a pas enrayée dans son développement continu l'ensemble des moyens ordinaires employés en cas pareil, pas un médecin n'hésiterait à recourir à la ponction du thorax, à moins d'une condamnable pusillanimité. Convaincu de la vérité de ce principe, quand nous avons rencontré sur notre route des cas semblables, nous les avons rapportés brièvement, en les commentant avec la discrétion commandée par une question irrévocablement résolue.

Il est un état morbide, le plus ordinairement symptomatique de maladies diverses, et quelquefois simple servitude physiologique pénible, mais qui, dans les deux cas, appelle souvent une médication qui la combatte directement, c'est la pneumatose du tube digestif. Un professeur éminent de la Faculté de médecine de Montpellier, M. Fonssagrives, et un des médecins les plus distingués de Toulouse, M. Ripoll, se sont efforcés tous les deux de répandre la lumière de leur expérience sur cet accident qui, dans quelques cas, s'il n'est combattu directement, peut aboutir aux conséquences les plus graves. Il n'est pas besoin d'insister sur la portée d'un enseignement qui trouve, à chaque pas de la pratique, son application.

Nous rappellerons seulement que le professeur de Montpellier s'est surtout attaché à montrer, en pareille circonstance, l'influence heureuse de la noix vomique, comme agent propre à réveiller la contractilité émoussée de la tunique musculeuse de l'intestin, et dans les cas extrêmes l'utilité dont peut être la ponction capillaire du tube digestif, comme suprême ressource. Le savant chirurgien de Toulouse, de son côté, fort d'une expérience qu'il a puisée dans sa propre observation, indique un moyen simple que tout le monde se rappelle, et que tout le monde voudra essayer, le cas échéant, pour combattre un accident qu'il a saisi sur le vif, et dont il nous a tracé un tableau plein de vie. De tels travaux vont droit à la pratique ; s'ils n'ont pas l'ambition de reculer les limites de la science, ils ont un but qu'ils atteignent plus sûrement, celui de soulager, pendant que la spéculation cherche le pourquoi et le comment des choses. C'est encore le souci de l'utilité pratique immédiate qui a conduit deux médecins dont s'honore également la Faculté de Montpellier, M. le professeur Courty et M. Guinier, à consigner dans le *Bulletin général de Thérapeutique* les enseignements d'une lumineuse expérience sur l'efficacité de quelques médications communes, appliquées d'une manière particulière à certains états morbides, nettement délimités. Tous les lecteurs se rappelleront, pour s'en inspirer, les notices intéressantes où le premier s'applique à déterminer l'utilité des émissions sanguines et de l'hydrothérapie dans les maladies utérines, et où le second montre d'une manière victorieuse l'efficacité que peut développer l'application méthodique de l'électricité à la paralysie atrophique rhumatismale. Bien qu'une foule de travaux aient été faits, qui ont pour but de résoudre toutes les questions qui se posent ici en faveur de la pratique, il s'en faut de beaucoup qu'elles soient toutes résolues, et il valait la peine d'en détacher quelques-unes, et de les étudier à la lumière d'une expérience aussi consciencieuse qu'éclairée. De tels travaux honorent le recueil qui les publie, et, ce qui vaut mieux, restent gravés dans l'esprit de ceux qui les lisent pour les diriger dans les applications laborieuses de l'art. Le travail d'un des médecins les plus distingués de Reims, M. le professeur Luton, sur l'affection calculeuse du foie, ne se recommande pas moins à l'attention des praticiens par la netteté des vues qui y sont clairement exposées, et qui tendent à éclairer le diagnostic dans des maladies où le mobile des désordres est souvent voilé, et ne peut, dans quelques cas, qu'être plus ou moins vaguement soupçonné.

Nous ne saurions non plus passer sous silence un travail consi-

dérable de M. Auguste Voisin, médecin de l'hospice de Bicêtre, sur l'emploi du bromure de potassium dans l'épilepsie. Ce travail, très-bien fait, et fruit d'une longue et patiente observation, mérite autant qu'aucun d'être rappelé ici, et comme, dans notre pensée, ce résumé annuel a moins pour but de démontrer que le *Bulletin général de Thérapeutique* remplit la mission qu'il s'est imposée, que de remettre en lumière les principaux enseignements pratiques que, dans un laps de temps déterminé, il a jetés dans le courant de la science et de l'art qui l'applique, nous demanderons la permission d'en reproduire la conclusion sommaire, qui contrariera peut-être quelques médecins trop pessimistes vis-à-vis d'une maladie véritablement terrible. « Le bromure de potassium, dit notre jeune et savant confrère, est hyposthénisant, calmant, hypnotique et un peu altérant; il est réellement utile dans l'épilepsie; il ne guérit pas le plus généralement d'une façon absolue, mais il atténue notablement la maladie; il diminue et même supprime l'éréthisme nerveux des épileptiques, les secousses, les soubresauts qu'ils ressentent si fréquemment. » N'est-ce pas là un enseignement qui, s'il se confirme, devra être écrit en lettres d'or? A la besogne donc, chers confrères, pour lui donner la consécration dont il a besoin, comme tout moyen nouveau, l'expérience de la pratique commune.

Comme force nous est de nous borner, nous ne mentionnerons plus, dans cet ordre de travaux, que celui que nous devons à M. le professeur Monneret, sur l'administration du sous-azotate de bismuth, et celui que nous avons nous-même publié sur l'emploi thérapeutique de l'oxygène, travail dans lequel nous nous sommes attaché à mettre en lumière les recherches originales d'un de nos chirurgiens les plus distingués, M. Demarquay. Personne ne l'ignore, c'est M. Monneret qui, véritablement, a introduit dans la thérapeutique le sel de bismuth, en montrant que, jusqu'à lui, les doses auxquelles on s'arrêtait en rendaient l'action vraiment illusoire, et en établissant quelles doivent être ces doses pour être efficaces. En médecin convaincu qu'ici, à l'inverse d'un bon nombre d'agents qui agissent surtout par impression, l'efficacité du médicament se mesure sur la quantité de l'agent modificateur, le nouveau professeur de clinique médicale, avec l'autorité qui s'attache à son nom et à sa vaste expérience sur le médicament dont il s'agit, insiste de nouveau sur la nécessité absolue des grandes doses pour obtenir du sel de bismuth l'action qu'en attend la thérapeutique, et affirme, sur la foi d'une expérience qui ne compte plus les faits, que plusieurs états morbides siégeant en dehors du tube diges-

tif, sur la peau par exemple, les organes génito-urinaires dans l'un et l'autre sexe, l'ozène, etc., sont heureusement influencés par la poudre de bismuth. Telle est la confiance du savant professeur dans l'utilité de cette poudre, qu'il voudrait que le médecin l'eût constamment sous la main pour être en mesure de répondre à chaque instant aux indications qui peuvent l'appeler. « Le praticien, dit-il, doit avoir présentes à l'esprit toutes les indications curatives que nous avons rapidement retracées dans ce travail ; il doit faire, en quelque sorte, du bismuth un agent facile à manier dans un grand nombre de maladies ; il ne doit jamais cesser d'en avoir des quantités notables à la disposition de ses malades ; il se présente à chaque instant quelque application utile de ce médicament qui doit servir à la fois à l'extérieur comme moyen de pansement, à l'intérieur comme moyen d'isoler les surfaces sur lesquelles il pourra plus tard diriger d'autres remèdes. » Ce n'est point là de l'enthousiasme aveugle ; l'esprit froid de notre savant maître le garde suffisamment de ces ardeurs d'imagination ; c'est l'affirmation positive d'une conviction réfléchie.

Nous ne ferons que signaler en passant les communications diverses que nous devons à plusieurs de non moins honorables collaborateurs, tels que MM. les docteurs Cantel, Morel, Béranger-Féraud, Boyer, de Courval, Ed. Lambert, Brassac, et qui se recommandent suffisamment à l'attention des lecteurs du *Bulletin général de Thérapeutique*, comme l'expression d'une pratique intelligente ; et nous terminerons cette partie de notre revue annuelle en rappelant les principaux travaux que le journal a insérés dans ses colonnes, relativement à la dernière épidémie cholérique.

Bien qu'à mesure que le choléra multiplie ses apparitions parmi nous, il semble que les publications sérieuses relatives à cette maladie diminuent de nombre, comme si, en présence de tant d'inconnues, l'esprit de recherche lassé se résignait à l'ignorance, quelques médecins ne se sont pas moins rencontrés qui ont cherché à faire pénétrer quelques rayons de lumière dans ces ténèbres, et le *Bulletin de Thérapeutique* s'honore d'avoir servi d'organe à quelques-unes des recherches de la dernière heure. Un premier travail de cet ordre que nous devons à un des esprits très-distingués de ce temps-ci, M. Gubler, a trait surtout au traitement du fléau épidémique. Nous ne savons si l'avenir nous réserve quelques découvertes décisives sur la nature ou les conditions de développement du choléra qui nous conduise d'emblée à une thérapeutique ou à une prophylaxie qui nous permettent de le dominer, comme il nous

est permis de le faire dans un certain nombre d'affections ; mais, en attendant, il nous paraît incontestable que, si profondes que soient les ombres qui enveloppent cette affection populaire, l'art n'est pas complétement désarmé vis-à-vis d'elle. Avec la sagacité dont il marque tous ses travaux, avec la sûreté d'appréciation qu'il apporte dans la détermination thérapeutique, l'éminent médecin de Beaujon, dominant toutes les indications qui se rencontrent dans cette maladie, a su en montrer du doigt les plus essentielles, et y opposer les médications qui se montrent le moins inefficaces dans l'état actuel de la science. Plus tard, en s'appuyant sur des données que le temps avait mûries davantage, si nous pouvons ainsi parler, un autre médecin distingué, qui appartient, lui aussi, à la phalange si laborieuse et si intelligente de nos médecins des hôpitaux, M. Besnier, a bien voulu consigner dans les colonnes du journal que nous avons l'honneur de diriger le résultat de ses propres recherches, aussi bien que les enseignements qu'en qualité de secrétaire annuel de la Société de médecine des hôpitaux, il a pu puiser dans une foule de documents qui lui sont directement parvenus. Il suffit de signaler ces travaux, aussi bien que celui de M. le docteur Ripoll, qui se recommandent par le sujet même dont ils traitent, indépendamment du mérite avec lequel ils ont pu être exécutés, pour que nos lecteurs se rappellent les conclusions essentielles et les moins improbables de leurs auteurs. Quant à l'intéresante notice de M. le docteur Besnier, nous voudrions surtout qu'on n'oubliât pas la donnée capitale que, dans ces derniers temps même, il s'appliquait surtout à mettre en relief à la Société médicale des hôpitaux : nous voulons parler de ce grand fait qu'entre l'épidémie cholérique de 1865 et celle de 1866, à Paris, tout au moins, il n'y a pas eu silence absolu de la maladie, et que celle-ci n'est peut-être qu'une recrudescence de celle-là. C'est là une conclusion grave, et dont tout le monde saisit d'emblée la portée, si on la place en face de la question de l'importation exotique. Mais nous ne pousserons pas plus loin ces remarques.

Ce résumé serait incomplet s'il ne faisait à la chirurgie la part qui revient à cette branche importante de l'art dans le mouvement scientifique de l'année qui vient de finir ; c'est ce que nous allons faire très-brièvement et sans autre transition.

C'est encore l'ancien chirurgien de l'hôpital des Enfants, M. Guersant, qui, cette année, comme les précédentes, a fourni au ***Bulletin général de Thérapeutique médicale et chirurgicale*** le contigent le plus varié de notices relatives à la branche spéciale de la science et

de l'art que depuis longtemps il cultive avec un incontesté succès. Il nous suffira de rappeler les articles relatifs aux céphalæmatomes, à la conjonctivite oculo-palpébrale, au strabisme, à l'entorse, chez les enfants, au bas desquels brille ce nom si justement honoré, pour que le lecteur se rappelle un certain nombre d'enseignements pratiques originaux qu'on ne trouverait pas toujours ailleurs. — Deux médecins qui font autorité dans une spécialité plus restreinte, MM. Sichel et Wecker, ont encore enrichi cette année notre Recueil de données neuves qu'ils ont puisées dans leur expérience personnelle, et qui peuvent guider utilement le chirurgien dans une voie où l'on rencontre plus d'une difficulté qu'il faut connaître à l'avance pour la combattre avec succès quand les circonstances la produisent. — Dans une direction également spéciale, mais où il semble que les limites qui la circonscrivent tendent un peu à s'effacer, nous citerons les travaux remarqués de M. Gueniot sur les grossesses compliquées, de M. Hervieux sur les péritonites puerpérales aiguës partielles, de M. Constantin Paul sur l'action des hyposulfites sur les déjections infectieuses ; là, partout une fine analyse ou une observation attentive a conduit ces médecins distingués à des remarques pratiques des plus intéressantes, et nous ne comptons pas ces travaux parmi les moins importants qui ont figuré, pendant l'année 1866, dans les colonnes du *Bulletin général de Thérapeutique*. Nous rappellerons encore ici que, sans préjuger la question que cette innovation soulève, nous avons libéralement ouvert les portes du journal que nous dirigeons à M. le docteur Hamon (de Fresnay) pour y exposer la théorie d'un instrument qui a l'ambition de détrôner le *forceps*, le *leniceps* même de M. Mattei, nous voulons parler du *rétroceps*. Nous déclinons notre compétence pour prononcer sur la question soulevée par notre honorable confrère ; mais, une fois posée, une telle question ne peut tarder à être résolue.

En chirurgie générale, aucun de nos lecteurs n'a certainement oublié le Mémoire de M. Maisonneuve sur le traitement du varicocèle par les injections coagulantes, les articles non moins remarquables de M. P. Tillaux, chirurgien de Bicêtre, sur le traumatisme du rachis, sur l'anesthésie locale, et les intéressantes recherches de M. Bérenger-Féraud sur la suture des os ; d'ici encore sortent divers enseignements nets, précis, dont peut être appelée à bénéficier immédiatement la pratique chirurgicale la plus humble, comme celle qui s'exerce dans une plus haute sphère. C'est en vue de servir le même intérêt qu'ayant pu apprécier toute la valeur des leçons professées naguère à la Faculté de médecine de Paris par

M. Gosselin sur les hémorrhoïdes, nous avons cru devoir en présenter nous-même la substance dans une esquisse rapide que le temps et l'espace ne nous ont pas permis, à notre grand regret, de faire plus complète.

Enfin, l'œil constamment ouvert sur toute conception nouvelle, toute innovation pratique qui peut réaliser un progrès dans la science ou dans l'art, nous avons tout au moins mentionné les tentatives auxquelles on s'est livré dernièrement en Angleterre et ailleurs pour arriver à imprimer au cancer accessible à la main une sorte de métamorphose régressive, au moyen d'injections profondément et topiquement modificatrices. Qu'adviendra-t-il de ces tentatives? nous ne savons; mais nous n'avons pas voulu qu'une si grande ambition restât ignorée des nombreux lecteurs de ce journal. Au reste, lorsque quelque travail de plus ou moins haute visée se produit sur un point quelconque du vaste champ de la science, il ne saurait leur échapper; car, suivant en cela la tradition de nos prédécesseurs dans la direction du *Bulletin*, nous nous faisons un devoir d'en publier dans notre répertoire, soit sous la rubrique de *Revue des journaux*, soit sous celle de *Travaux académiques*, une analyse très-suffisante pour en donner une notion qui satisfasse, surtout au point de vue de l'application, les esprits les plus exigeants. La Bibliographie, dont veut bien toujours continuer à se charger un de nos plus consciencieux écrivains, vient au besoin compléter cette partie de notre programme, et exposer, dans de justes proportions, les conceptions ou les données expérimentales nouvelles qui prennent la voie du livre pour se produire dans le domaine de la science.

Tel est, à grands traits, le bilan des travaux publiés, pendant le cours de l'année qui vient de finir, par le *Bulletin général de Thérapeutique médicale et chirurgicale*, et dont le principal honneur revient à nos savants collaborateurs ou à nos abonnés eux-mêmes. Comme tout nous indique que nous sommes dans la bonne voie, nous ne courrons pas l'aventure d'innovations d'une utilité douteuse qui pourraient nous faire manquer le but suprême que nous nous sommes marqué, celui d'être utile dans la mesure de nos forces.

Du traitement des fièvres d'Algérie par les injections hypodermiques de sulfate de quinine;

Par Jules Arnould, médecin-major à l'hôpital militaire de Constantine, ancien agrégé du Val-de-Grâce.

Ces recherches ne touchent que très-secondairement à la question physiologique de l'absorption des substances médicamenteuses

introduites dans l'organisme par la voie du tissu cellulaire sous-cutané : la clinique est un terrain défavorable pour cette sorte d'études ; d'ailleurs, la question peut paraître aujourd'hui assez bien éclairée. L'auteur a tenté, bien plutôt, d'apprécier par des expériences largement instituées la valeur pratique d'une méthode thérapeutique très-séduisante et pour laquelle, à ne consulter que la physiologie, on revendiquerait volontiers, de nos jours, des droits à la généralisation.

A la faveur des circonstances, j'ai expérimenté un médicament un peu tard venu dans la méthode des injections hypodermiques, mais qui jouit, au plus haut degré, du rare privilége d'une action thérapeutique constante, incontestée. Je veux parler du *sulfate de quinine* dans le traitement des fièvres, assez variées quant à la forme, que l'on réunit sous le nom de *fièvres palustres* en raison des points communs, apparents, de leur étiologie la plus probable.

Il serait oiseux de refaire l'historique de la méthode hypodermique, même en ce qui concerne l'administration du sulfate de quinine. Mieux vaut renvoyer le lecteur aux travaux qui ont paru sur la matière. Le mémoire d'Erlenmeyer [1] résume bien la question : le *Bulletin général de Thérapeutique* a fait connaître les résultats obtenus par M. Pihan-Dufeillay [2] et par M. Dodeuil [3], et a recueilli divers documents importants venus d'ailleurs. M. Lasègue [4] a fait une revue critique des travaux contemporains sur ce sujet.

C'est dire que j'avance sur un terrain déjà visité par plus d'un explorateur : mais, d'un côté, je le préférais ainsi, pour ma sécurité et celle de mes malades; d'un autre, il me semble que la méthode hypodermique, appliquée à l'administration du sulfate de quinine, est encore assez jeune pour n'avoir pas à dédaigner les témoignages. On en convient généralement. De plus, j'ai observé en Algérie.

M. Pihan-Dufeillay a fait un assez grand nombre de tentatives, en général couronnées de succès; mais c'était en France et sur des

(1) A. Erlenmeyer, *Die subcutanen Injectionen der Arzneimitteln.* Neuwied et Leipsig, 1864; traduit en substance par M. Rieken, in *Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie*, publié par la Société des sciences médicales de Bruxelles, 1865.

(2) Pihan-Dufeillay, *De l'administration du sulfate de quinine en injections sous-cutanées* (*Bulletin général de Thérapeutique*, 1865).

(3) T. Dodeuil, *Traitement du rhumatisme articulaire par les injections sous-cutanées de sulfate de quinine. Recherches sur l'absorption hypodermique de ce médicament* (*Bulletin de Thérapeutique*, 1865).

(4) Lasègue, *Revue critique* (*Arch. gén. de méd.*, janvier 1866).

fièvres intermittentes d'une gravité moyenne. Les essais de M. Schachaud, à Smyrne, de Gualla, à Brescia, de Desvignes, en Toscane, seraient faits pour nous influencer davantage, si l'on en connaissait autre chose que l'indication sommaire. On doit, en effet, avoir d'autant plus égard aux observations de ce genre qu'elles ont été recueillies dans des pays plus notoirement infectés du principe des fièvres. A ce point de vue, les faits ne laissent rien à désirer en Algérie et, si ce travail ne devait être qu'un contrôle, dans de semblables conditions, ce ne serait pas une épreuve dénuée d'utilité.

Quant à l'administration hypodermique du sulfate de quinine, le problème à résoudre porte essentiellement sur deux points, savoir : la sûreté du moyen et la détermination des limites dans lesquelles il est applicable en thérapeutique usuelle.

I

Peut-on administrer, en toute sécurité, le sulfate de quinine par la méthode hypodermique, dans les fièvres endémo-épidémiques de l'Algérie, en tant qu'il s'agit de faire cesser les accidents primitifs de ces affections ?

La réponse à cette question ressort absolument affirmative des cent cinquante-six observations que j'ai prises à ce point de vue presque exclusif. En général, les injections sous-cutanées ont *coupé la fièvre* aussi vite et aussi bien qu'aurait pu le faire le sulfate de quinine administré par l'estomac.

On peut faire à ce rapprochement l'objection que les deux méthodes n'ont pu être expérimentées à la fois sur le même malade et pour des accès identiques. Cela est très-exact, sans être très-sérieux. En effet, les résultats des procédés habituels d'administration du sulfate de quinine sont si bien connus et si bien établis qu'ils forment tout naturellement un terme de comparaisou aussi solide qu'on puisse le désirer. Au besoin, j'ajouterais qu'un certain nombre de mes malades, avant ou après les injections, ont pris du sulfate de quinine par la bouche, ou même n'en ont pris que de cette façon, pendant que je l'administrais par la peau à leurs voisins.

Mes essais ont été pratiqués d'une façon suivie depuis le 2 avril jusqu'au 20 septembre : ce laps de temps comprend donc la vraie saison des fièvres en Afrique, c'est-à-dire la fin de juin, les mois de juillet et d'août : les fièvres de première invasion étant assez rares et généralement peu graves à toute autre époque.

J'ai cru devoir établir, dans mes observations, quatre catégories

ayant pour base la forme et la gravité des fièvres, le temps auquel elles ont paru et aussi le degré d'énergie du traitement qu'elles ont exigé.

A. La première catégorie comprend des fièvres de printemps, récidives ou de première invasion, par elles-mêmes bénignes, susceptibles de s'épuiser spontanément ou tout au moins de céder à une médication évacuante et perturbatrice, telle qu'est l'emploi du vomitif. Comme temps, elle se rapporte aux malades soumis à la médication quinique hypodermique à partir du 2 avril jusqu'au 20 juin. La plupart de ces malades auraient pu, sans inconvénient pour eux, recevoir le sulfate de quinine par la bouche : mais il me semblait prudent de commencer par des cas faciles à manier mes premiers essais d'une pratique encore nouvelle et dont les détails, en tout cas, ne m'étaient pas personnellement familiers. Les doses injectées variaient de 1 à 2 décigrammes de sel quinique : le plus souvent, j'essayais de me passer de l'administration préalable d'un vomitif, considérant que ce serait un titre en faveur des injections si elles devaient épargner aux fébricitants ce préliminaire assez pénible de la médication quinique ordinaire.

Les résultats furent satisfaisants et pouvaient désormais m'autoriser à croire que le sulfate de quinine administré par la voie du tissu cellulaire agissait d'une façon certaine et agirait encore lorsque j'emploierais la même méthode dans des cas d'apparence plus grave. Cependant, rien n'était particulièrement frappant dans la rapidité, la constance ou la persistance des résultats obtenus : les effets de la médication étaient visibles, positifs, mais avaient besoin d'être sollicités avec quelque insistance, de temps à autre nécessitaient l'emploi d'un adjuvant. Dès lors, je fus porté à me rapprocher, dans les quantités à injecter, des doses que l'on a l'habitude d'envoyer à l'estomac, et à élever notablement la quotité de mes injections pour les fièvres sérieuses qui allaient venir avec l'été.

Cinquante-cinq malades appartiennent à cette première série. Chez deux d'entre eux, le sulfate de quinine ne pouvait rendre aucun service et n'a été donné que pour mettre à l'abri la conscience du médecin. Trente-trois ont obtenu leur guérison à l'aide de la méthode hypodermique seule, à raison de trois injections par malade, sauf cinq cas dans lesquels on est allé jusqu'à cinq et six injections ; mais c'est qu'alors il y a eu, à l'hôpital, une récidive qui a été traitée suivant le même mode que l'atteinte précédente. Les vingt autres cas ne sont pas des échecs : en général, ils sont constitués par une première atteinte que les injections suppriment

pour quelques jours, puis par une rechute assez prompte qui est traitée par le sulfate de quinine adressé à l'estomac, soit par crainte d'indisposer les malades contre les piqûres, soit pour pouvoir comparer l'efficacité des deux méthodes chez un même individu.

Deux fois, la fièvre a seulement passé du type quotidien au type tierce sous l'influence des injections : un de ces deux cas était très-rebelle, et les accès tierces résistèrent assez longtemps à de hautes doses de sulfate de quinine par la bouche (1 gramme par jour) et à l'usage de la liqueur Boudin (12 à 20 grammes en vingt-quatre heures).

Un seul cas a été absolument réfractaire : c'est une fièvre quarte survenue dans l'hôpital chez un indigène plusieurs fois atteint de fièvre à type variable dans les années précédentes. Je pratiquai à cet homme des injections à petites puis à hautes doses, choisissant les heures et les jours, variant mes procédés : le succès fut constamment nul. Mais il faut dire que le même sort attendait l'administration du sulfate de quinine par la bouche, poussée jusqu'à 2 grammes en vingt-quatre heures, la liqueur Boudin, l'hydrothérapie, et qu'en fin de compte cette ténacité classique de la fièvre quartaine s'épuisa spontanément en octobre, alors que depuis longtemps j'avais renoncé à la vaincre.

Dans ces premières expériences, je croyais sans doute pouvoir me contenter de rechercher si l'on coupait, oui ou non, les accès au moyen des injections sous-cutanées. Aussi n'ai-je point noté exactement, comme je l'ai fait pour une autre série, le rapport de l'heure de l'injection avec l'heure présumée du premier accès. Je puis dire seulement que je cherchais en général à me rapprocher beaucoup du moment de l'accès attendu et quelquefois, dans ce but, je chargeais l'aide-major de service du soin de faire l'injection à l'heure jugée convenable, si ce moment ne coïncidait pas avec celui d'une des deux visites réglementaires.

Deux fois, j'ai pu constater une aggravation d'intensité de l'accès à la suite d'une injection pratiquée immédiatement auparavant. C'est ce que l'on observe aussi parfois quand on administre le sel de quinine par la bouche, au début de l'accès (V. Trousseau, *Clinique*). Mais cette aggravation, en supposant qu'elle soit liée à l'absorption inattendue du médicament, est un inconvénient médiocre. Aujourd'hui, lorsque j'administre le fébrifuge par la peau, je suis disposé à ne me préoccuper en aucune façon du rapport des heures. Voici pourquoi.

Il est très-rare que l'on puisse couper le prochain accès, soit par

les injections, soit à l'aide de l'ingestion du sulfate de quinine par la bouche. Dans quelques conditions que l'on se place, on ne l'influence même pas toujours visiblement. Avec les injections, l'absorption interstitielle, rapide, fatale si l'on veut, porte bientôt le sel médicamenteux dans le torrent circulatoire : c'est le fait physiologique. Mais la clinique ne démontre pas que son action thérapeutique définitive soit aussi brusque : d'ordinaire, il n'y a eu, sous mes yeux, d'influence apparente sur l'accès attendu qu'autant que l'injection était pratiquée au moins deux heures avant cet accès. Il semble qu'il faille à l'économie une sorte d'imprégnation du fébrifuge, peut-être une impulsion réagissante, conditions dont je ne me risquerais certes pas à définir la nature, mais qui ne paraissent pas exister tout d'abord par cela seul que le sulfate de quinine se montre dans les urines.

Aussi est-ce une bonne méthode que d'administrer le sel le plus loin possible de l'accès à venir, ou encore de diviser la dose en plusieurs prises dans l'intervalle d'apyrexie : si l'usage de le donner immédiatement avant l'accès (méthode romaine) a été abandonné, il le méritait autant parce qu'il n'agit pas sur l'accès qui s'annonce que parce qu'il risque de faire rejeter le médicament par le vomissement.

Avec le procédé des injections, on n'a pas à craindre cette révolte de l'estomac : on peut donc administrer le remède dès qu'on a le malade sous la main. Du moment qu'il faut attendre un certain temps pour que l'imprégnation ait lieu, mieux vaut en susciter tout de suite les préliminaires, encore que l'on ait de très-faibles chances d'amoindrir l'accès s'il commence ou est déjà dans son paroxysme. L'état nouveau que l'on a ainsi créé servira de base à l'administration de la dose suivante, laquelle étant faite à loisir pourra précéder de quelques heures le second accès. Car, ce qui vient d'être dit, moins encore que ce que tous les médecins savent bien, démontre suffisamment qu'il faut répéter une ou plusieurs fois la dose injectée ou ingérée pour obtenir une suspension durable des accès un peu sérieux.

B. A la deuxième catégorie se rapportent quarante-neuf fièvres franchement intermittentes, presque toutes de première invasion, toutes observées pendant la saison qui voit naître plus particulièrement les fièvres d'Algérie et, par conséquent, assez graves en général. Les doses de chaque injection ont varié de 3 à 6 décigrammes : le plus souvent, elles étaient de 4 décigrammes.

Sauf un cas dans lequel il s'agissait d'une fièvre de suppuration

méconnue jusqu'à la mort du sujet, l'atteinte actuelle de fièvre a *toujours* cédé aux injections seules, *très-souvent* dès la deuxième.

Huit fois, le traitement a nécessité quatre injections, une fois jusqu'à cinq ; mais, dans ce dernier cas, il y avait eu un intervalle de neuf jours entre les trois premières injections (chiffre habituel) et les deux dernières. Trois observations restent douteuses, ayant trait à des malades sujets à caution, du moins quant à la ténacité des accès : il est à remarquer que ces cas si singulièrement rebelles comptent parmi les très-rares fièvres nocturnes que j'ai eu l'occasion d'observer. Cinq de ces neuf malades m'ont paru avoir un besoin réel d'une certaine insistance dans l'application du spécifique.

Huit malades avaient pris, sans succès, le sulfate de quinine par la bouche pendant les deux ou trois jours qui précédaient immédiatement leur entrée. Nul doute que ces doses de fébrifuge ne doivent compter pour quelque chose dans l'efficacité du traitement d'ensemble et qu'elles n'accusent visiblement l'influence du milieu sur la ténacité des fièvres.

Trente-trois fois le sulfate de quinine a été donné par la bouche postérieurement aux injections. Mais, vingt-quatre fois il a été purement de précaution, quelquefois dans le but d'assurer la cure, plus souvent pour prévenir, à quelque distance du premier accès, le retour de la fièvre, selon la méthode recommandée, depuis Sydenham, par tous les auteurs qui ont pratiqué les fièvres périodiques, et dont on pourrait, à mon avis, se faire une règle générale dans les pays à influences palustres. Une injection de précaution eût pu être faite tout aussi bien qu'une dose était donnée par la bouche : mais, sans compter qu'il n'y avait plus urgence, j'évitais de fatiguer les malades par les piqûres et je craignais de prolonger, par quelque accident local, le séjour de l'homme dans les salles qu'il songeait alors à quitter bientôt.

Neuf fois, l'administration du sel par l'estomac a été dirigée contre des récidives accomplies. Je dirai ailleurs que cela ne prouve rien contre la méthode hypodermique, et si je ne traitais pas, en général, les récidives par les injections, ce n'était point par défiance à l'égard du procédé.

Le rapport des heures a été noté trente-sept fois. Des injections (je parle de la première dose administrée à chaque malade) ont été faites deux fois au début de l'accès, deux fois à la fin, quatre fois en plein paroxysme, trois fois une heure avant le moment présumé de l'accès, une fois deux heures, cinq fois trois heures avant.

Dans les autres cas, le temps a varié depuis quatre jusqu'à dix-huit heures. En général, les malades n'ont pas gagné à ce que l'heure de l'injection fût très-rapprochée de celle de l'accès : la dose administrée une heure ou deux avant la plus prochaine manifestation pyrétique a plus visiblement influencé l'accès suivant que le premier attendu. Deux fois, le hasard m'en a offert la démonstration assez nette : une première injection ayant été faite et l'accès attendu ayant eu lieu néanmoins, la seconde injection fut omise, une fois par empêchement du médecin, une autre fois parce que le malade, pusillanime, s'était dérobé à la deuxième piqûre ; le second accès manqua néanmoins. La première dose avait donc agi à longue portée, par-dessus l'accès dont elle était le plus rapprochée : ce qui confirme la proposition énoncée plus haut quant au choix du moment de l'administration hypodermique du sulfate de quinine.

Je place ici trois observations succinctes comme exemples d'opportunité de l'application de la méthode et comme démonstration de son mode d'agir.

Obs. I (63e de mon tableau). Schweitzer, du 83e de ligne, né dans le Haut-Rhin, vingt-deux ans, deux ans de séjour en Afrique. Fièvre double quotidienne, première invasion, datant de cinq jours. Entré le 3 juillet. Cet homme a été précédemment guéri dans le service d'une angine pseudo-membraneuse bénigne : rentré à son corps dans un état satisfaisant, il n'a pas tardé à éprouver les symptômes d'une paralysie du voile du palais et une diminution considérable des forces, principalement aux membres supérieurs. Il est amaigri et très-faible : il a, tous les jours, un premier accès assez court à neuf heures du matin, un second à six heures du soir : le frisson dure peu, la chaleur et la sueur se prolongent davantage. Le 4, à sept heures du matin, je fais donner 1 gramme de sulfate de quinine par la bouche, en solution ; mais le liquide, ne pouvant être avalé qu'avec efforts de la part du malade, revient par le nez, provoque la toux et se perd au dehors. Au lieu d'insister sur ce moyen, je pratique une injection de deux décigrammes. Les deux accès de ce jour ont lieu comme d'habitude. Le 5, matin, deuxième injection de 2 décigrammes : l'accès du matin se reprodnit seul. Le 6, matin, troisième injection de 2 décigrammes : petit accès, à dix heures. Le 7, quatrième injection. Apyrexie. Guérison sans traces aux piqûres. Sorti le 12 août.

Obs. II (114e du tableau). Marguet, 36e de ligne, vingt-sept ans, deux ans d'Afrique, né dans le département des Hautes-Pyrénées. Entré le 2 août, malade depuis trois jours. Atteint de fièvre pour la première fois, il y a quinze jours. La fièvre, qui était tierce, alors, a cédé au sulfate de quinine par la bouche : elle récidive après huit jours sous forme quotidienne. Le 2 août, huit heures du matin,

pouls petit, à 100, peau chaude et sèche, langue brune, pâteuse, oppression, profonds soupirs de temps en temps; tendance au coma. Administration immédiate d'un vomitif (ipéca 1 gramme avec tartre stibié 0g,05) et simultanément première injection de 5 décigrammes. A trois heures, soir, 70 pulsations, sueur, peau fraîche et détendue. Deuxième injection de 5 décigrammes. Nuit bonne. Le 3, matin, 66 pulsations; langue humide, blanche, pas de mal de tête. A trois heures, soir, troisième injection de 5 décigrammes. Le 4 août, bon état, douleur à une piqûre au bras gauche. Le 18 août, 1 gramme de sulfate de quinine par la bouche, de précaution. Le 29, ouverture d'un abcès, au bras gauche, que le malade ne soupçonnait pas: liquide jaunâtre, filant, avec quelques grumeaux de pus. Sorti guéri le 2 septembre.

Obs. III (142e du tableau). Duteil, 36e de ligne, vingt-trois ans, deux ans d'Afrique, né dans le Corrèze. Entré le 20 avril, malade depuis dix jours. Fièvre quotidienne contractée à 52 kilomètres de Constantine, à un poste de soldats préposés à la garde d'une forêt. Deux fois coupée sur place, la fièvre n'a pas tardé à reparaître et l'homme a dû rentrer en ville, déjà très-affaibli. Accès complets, mais variant d'heure. Le 20, à trois heures du soir, 130 pulsations, température à 41°,5 (centigrades); abattement, sueurs profuses, douleur épigastrique. Ipéca-stibié et première injection de 6 décigrammes, simultanément. Sueurs la nuit. Le 21, matin: bien-être, 90 pulsations, température 37°: deuxième injection de 6 décigrammes. Le 22, matin, 84 pulsations, température 37°,5, sécheresse de la peau, malaise assez prononcé: troisième injection de 6 décigrammes. Le 23, bon état. Le 24, 60 pulsations, peau fraîche, physionomie naturelle. Le 28, 1 gramme de sulfate de quinine, de précaution, par la bouche. Le 4 septembre, accès avec frisson de deux heures, à six heures du soir. Le 5, 1 gramme de sulfate de quinine par la bouche. Apyrexie. Rien aux piqûres. Sorti avec un congé de convalescence, le 26 septembre.

(*La suite au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De la thoracentèse chez les enfants;

Par M. P. Guersant, chirurgien honoraire des hôpitaux.

Nous n'avons pas eu de cas traumatiques réclamant, chez les enfants, la thoracentèse, c'est-à-dire cette opération qui consiste à ouvrir la poitrine pour donner issue à un liquide épanché dans la cavité pleurale. Nous avons, presque toujours, vu les épanchements consécutifs à des contusions de la poitrine ou à des fractures de côtes se résorber facilement.

Cependant, chez les jeunes sujets comme chez les adultes, les

épanchements consécutifs à des pleurésies peuvent nécessiter la ponction de la poitrine, dans des cas aigus, comme dans des cas chroniques.

En général, cette opération est indiquée, chez les enfants, quand les moyens médicaux n'ont pu suffire pour obtenir la résolution de l'épanchement, ou même lorsque, dès le début, il y a menace d'asphyxie.

Alors deux cas se présentent : ou le liquide est circonscrit dans un point, ce qui est rare, ou bien l'espace compris entre la plèvre costale et la plèvre pulmonaire est complétement rempli. Si l'épanchement est circonscrit, c'est l'endroit où l'on reconnaît la matité et l'absence de respiration qui sera choisi pour l'opération; mais, quand l'épanchement est général dans toute la cavité droite ou gauche, il faut alors choisir le point d'élection.

Manuel opératoire. Pour cette opération, qui n'est pas trop douloureuse, nous ne mettons pas en question l'emploi du chloroforme, nous nous contentons de faire bien tenir l'enfant. Nous sommes loin de rejeter les trocarts connus, ceux à robinet, de M. Guérin ou de M. Barth; ils ont des avantages incontestables, mais, en général, nous nous servons, soit d'un trocart ordinaire, soit d'un petit trocart courbe, ayant la forme d'une canule à trachéotomie, seulement ayant un diamètre de quatre millimètres, et une longueur de quatre centimètres; il permet de pénétrer assez pour arriver au liquide, sans crainte d'aller toucher le poumon. Il doit être garni d'un petit sac de baudruche, solidement fixé en arrière du pavillon de la canule, et pouvant retomber sur l'orifice externe. Il faut aussi, à l'exemple de M. Barth, qui en a donné le conseil, avoir des tubes de caoutchouc vulcanisé, pouvant entrer dans la canule. Enfin, on doit avoir à sa disposition une seringue pouvant bien s'ajuster, soit à la canule, soit au tube de caoutchouc, si l'on juge convenable de faire des injections.

L'enfant étant couché sur le dos, bien maintenu dans cette position, le chirurgien prend le trocart de la main droite, présentant la convexité par en haut, et la concavité en bas; il tire avec le doigt de la main gauche la peau, afin d'empêcher que la plaie cutanée soit parallèle à l'ouverture profonde, et plonge d'un seul coup au-dessus du bord supérieur de la troisième côte à gauche, et au-dessus de la cinquième à droite, en comptant les côtes de bas en haut. L'opérateur, tenant à pleine main la poignée du trocart, la baudruche, préalablement mouillée, enveloppant le manche de l'instrument, choisira, comme point d'élection, l'union du tiers postérieur avec les deux

ticrs antérieurs de l'espace intercostal, en ayant la précaution de se rapprocher du bord supérieur de la côte inférieure, pour éloigner la pointe du trocart du bord inférieur de la côte qui est au-dessus et où rampe l'artère. A l'aide de notre petit trocart courbe, on contourne facilement la côte inférieure, et on dirige la pointe en bas; de cette manière, si l'on avait peu d'espace entre la cage osseuse et le poumon, on ne craindrait pas de blesser cet organe.

Une fois la ponction faite, le chirurgien doit se conduire de différentes manières, suivant les cas : si l'épanchement est séreux, une simple ponction suffit pour donner issue au liquide, sans permettre à l'air d'entrer dans la canule, grâce à la baudruche. La cavité qui contient le liquide ne contenant plus rien, on retire la canule et on ferme la petite plaie, qui se réunit par première intention.

Dans les cas chroniques, quand l'épanchement n'est plus séreux, mais purulent, il faut, après une première ponction, en faire d'autres successives, à plus ou moins de jours d'intervalle, et il nous paraît utile, comme l'indique M. Barth, de laver la surface baignée de pus, pour obtenir plus facilement des adhérences; de plus, si le pus est fétide, il peut y avoir indication d'injecter des liquides modificateurs, de la teinture d'iode étendue d'eau, de chlore, et souvent une seule injection ne suffit pas, et il en faut plusieurs. Dans ces cas, une ouverture permanente est nécessaire; aussi laisse-t-on en place la canule qui a servi à faire la ponction, et c'est pour cela que notre petite canule courbe porte de petites ailes comme celles à trachéotomie, et peut, à l'aide de rubans, être fixée autour du tronc, comme la canule à trachéotomie est fixée autour du cou.

Nous préférons remplacer le plus tôt possible la canule métallique par un tube en caoutchouc vulcanisé, qui, vu sa souplesse, ne donne pas la crainte d'irriter la plèvre, et n'élargit pas la plaie comme la canule métallique. Le tube de caoutchouc s'assujettit dans toutes les positions, dans la cavité thoracique, et autour de la poitrine; on peut le passer très-facilement dans la canule, car, avant de s'en servir, on a pris la précaution de se munir de tubes d'un diamètre tel qu'ils puissent passer dans la canule du trocart. On pousse le tube seul, ou muni d'un mandrin de baleine, dans la canule qu'on peut retirer à mesure qu'on enfonce le tube de plus en plus. Il faut fixer, à l'extrémité externe du tube, un sac de baudruche lié par son ouverture, afin que le liquide qui sort par le tube s'écoule dans le cul-de-sac que forme la baudruche; elle peut,

d'ailleurs, être enveloppée d'une poche de toile qu'on peut suspendre au cou du malade.

Quand on veut faire une injection, le chirurgien pince le tube à quelques centimètres de son extrémité externe; un aide enlève la poche de baudruche, puis il introduit le bec de la seringue dans le bout du tube, et pousse légèrement l'injection. Lorsque la quantité de liquide introduit paraît suffisante, on pince de nouveau le tube, puis, pour faire sortir l'injection, on a la précaution de mettre l'extrémité du tube dans un vase d'eau, afin que l'air ne puisse pénétrer. Enfin, quand on a fini, on retire l'extrémité du tube de l'eau, en le comprimant de nouveau, et on le fixe dans la poche de baudruche. Lorsque le foyer de pus est diminué, on peut supprimer le réservoir de baudruche, et se contenter d'un petit fosset pour boucher le tube. Celui-ci doit être fixé solidement sur les parois de la poitrine, à l'aide de plusieurs bandelettes de taffetas d'Angleterre ou de papier gommé; puis la poitrine est enveloppée d'un bandage de corps léger, ou d'une bande pour fixer le tube autour de la poitrine, afin d'éviter qu'il ne sorte de la cavité thoracique, ou qu'il n'y entre trop.

Lorsque le tube est dans la poitrine, il faut que la portion intérieure ne soit pas trop longue : elle irriterait et pourrait empêcher le rapprochement graduel des surfaces et retarder ainsi la guérison ; qu'elle ne soit pas trop courte, car elle ne pourrait pas plonger assez pour donner issue au liquide. Afin de connaître la longueur qui est dans la poitrine, il faut mesurer le tube avant de l'introduire et ne pas oublier sa longueur, conseil donné par M. Barth; on se rendra ainsi compte de la portion qui est en dehors, et de celle qui est en dedans. Dans les premiers temps, six à huit centimètres peuvent être laissés dans la poitrine, mais, à mesure que la cavité morbide diminue d'étendue, ce que l'on reconnaît à la moindre quantité de pus qui s'écoule à chaque pansement, et à la quantité de liquide qu'on peut injecter sans effort, on doit diminuer la longueur du tube en en retirant de la poitrine plus ou moins chaque jour.

Lorsque les choses vont bien, le liquide devient de plus en plus clair et diminue de quantité; enfin, il vient un moment où il ne sort plus que quelques gouttes de pus. On peut enlever le tube.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Sur un nouveau mode d'emploi de l'iodure de chlorure mercureux (sel de Boutigny), dans le traitement des variétés de couperose ;

Par le docteur A. Devergie, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis.

Tous les praticiens, et particulièrement ceux qui s'occupent du traitement des maladies de la peau, savent de quelles difficultés est entourée la guérison des diverses variétés d'acné ou de couperose. On a fait, dans ces derniers temps, de ces formes morbides, des affections toutes locales, fort à tort suivant nous, car il en est un certain nombre qui ne guérissent qu'à la condition de mettre en usage des traitements généraux dont l'élément curatif varie en raison de la cause, de la forme morbide, des antécédents et de la constitution du malade.

Mais nous devons convenir aussi que le traitement local entre dans certains cas pour beaucoup dans la guérison de la maladie.

A la tête des modificateurs locaux que l'on peut mettre en usage, il faut placer la pommade au sel de Boutigny (iodure de chlorure mercureux), encore, mais improprement, nommée pommade Rochard.

Toutefois, cette pommade a de graves incommodités, et elles sont telles, que, dans certaines circonstances, elle ne peut pas être employée.

L'inflammation qu'elle détermine à la peau et les sécrétions non-seulement épidermiques, mais souvent crôûteuses qu'elle amène, le temps nécessaire à leur disparition, la nécessité de recommencer l'emploi de la pommade à court délai, conduisent certaines personnes à s'isoler complétement du monde, à rester enfermées chez elles, à s'étioler et à s'affaiblir ; il y a plus, il est beaucoup de positions sociales qui obligent : ici ce sont des dames destinées par la position de leur mari à la représentation ; là, de jeunes personnes que l'on ne peut soustraire aux regards investigateurs du monde, surtout en province ; plus loin, la saison des plaisirs du soir, etc. Et cependant le succès ne peut être acquis que par la persévérance dans le moyen employé à de courts intervalles. Souvent même, dans des couperoses anciennes où l'élément vasculaire dilaté et variqueux constitue la cause principale du mal, il faut une persévérance qui se traduit par des mois de traitement. On peut, il est

vrai, affaiblir les pommades ou en augmenter l'intensité, mais son mauvais emploi annihile cette précaution ; enfin il arrive un moment où le moral de la malade ne répond plus aux efforts nécessaires pour obtenir une guérison, et il est bon que l'on sache que ce traitement s'applique quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent à des dames ou à de jeunes personnes.

C'est dans une des conditions sociales dont j'ai parlé plus haut, qu'après plusieurs mois de traitement, j'ai été conduit à rechercher une formule qui pût être employée journellement par la malade et lui permît une représentation constante dans les cercles les plus élevés de la société.

Je ne prétends pas que cette formule puisse produire tous les effets de la pommade de Boutigny ; mais lorsque celle-ci a été mise en usage pendant un certain laps de temps, on peut arriver à compléter la guérison à l'aide de ce moyen, sauf à persévérer dans son usage durant un temps plus long qu'il en aurait fallu si on eût continué à se servir de la pommade de Boutigny.

Voici cette formule :

Pr. Iodure de chlorure mercureux	....	7gr,50
Iodure de potassium	....	4 grammes.
Eau distillée	....	4 —
Glycérine	....	4 —

Triturez dans un mortier l'iodure de chlorure mercureux avec l'iodure de potassium, en ajoutant l'eau goutte à goutte. Passez à travers un filtre très-petit et très-simple ; ajoutez la glycérine.

Dans cette préparation, l'iodure de chlorure mercureux entre pour près de moitié, parce que l'excipient ne représente que 8 grammes de liquide ; c'est là une proportion de sel inconnue dans les pommades, où, en général, on ne dépasse pas 3 grammes de sel de Boutigny pour 30 grammes d'axonge, la moyenne du sel étant de 75 centigrammes pour 30 de graisse.

De plus, dans cette liqueur, le sel mercuriel n'est pas enveloppé de graisse et son action n'y est pas atténuée. Mais le mode d'emploi diffère essentiellement : tandis que pour la pommade il faut faire des onctions douces et répétées pendant quelques instants sur la partie malade, ici on se borne à enduire avec un pinceau les parties affectées, et à abandonner la liqueur à ses effets, sans même redoubler les coups de pinceau sur le même point.

C'est donc sur une surface cutanée recouverte de son enduit sébacé qu'agit le liquide, et l'on conçoit qu'en l'absence de frictions qui découvrent tous les pores de la peau, en présence d'un enduit grais-

seux qui la protége, un liquide plus médicamenteux puisse avoir moins d'effet.

Cette liqueur est là à son maximum de saturation : on peut faire préparer des liqueurs moins actives, de manière à répéter les attouchements du pinceau suivant les effets obtenus et les besoins, et commencer, par exemple, avec une liqueur à 2 ou 3 grammes d'iodure de chlorure mercureux.

Mais ce qui en fait le mérite, c'est la propriété, que lui donne l'addition de la glycérine, de ne pas se dessécher ou de se dessécher difficilement à l'air, ce qui tend à donner de la persistance à son action.

J'ai essayé, il y a deux ans, d'un mélange au collodion élastique pour éviter les inconvénients de l'emploi de la pommade; mais en très-peu de temps la matière se dessèche par l'évaporation de l'éther, et il restait tous les jours une plaque ou pellicule d'un aspect désagréable qui se détachait en quelques jours, et qui durant ces quelques jours ne permettait guère à la malade des rapports avec les étrangers. Il faut beaucoup d'éther pour en atténuer les effets et dissoudre le collodion.

Avec la préparation que j'emploie depuis huit mois, il suffit de prendre une très-petite éponge imbibée d'eau et d'humecter la partie recouverte de solution desséchée pour la faire disparaître en quelques instants.

Quant à l'irritation qu'elle amène, elle varie en raison de la force du liquide et du temps pendant lequel il est appliqué; aussi en étendant le liquide saturé et en le laissant appliqué pendant douze heures, on peut obtenir tous les effets d'une pommade forte.

En général, je ne me sers que d'une liqueur à 2 ou 3 grammes de sel de Boutigny. Je la fais étendre le matin de bonne heure sur les surfaces malades, et trois heures après je la fais enlever avec une éponge imbibée d'eau. Dans ces conditions, elle se borne à amener une irritation légère qui cède durant les trois ou quatre heures suivantes.

Que si je veux obtenir tous les effets de la pommade de Boutigny, je fais étendre le liquide le soir et je le fais retirer le lendemain matin; selon les besoins, j'arrive à une formule de plus en plus forte, suivant l'état de la partie malade et surtout suivant la sensibilité de la peau.

Question de temps, question de force du liquide, tel est le secret de l'emploi favorable de l'instrument. Disons que rien n'est plus variable que la sensibilité de la peau de la figure ; l'épaississement et

la finesse de la peau sont des indications sans doute pour le médecin, une peau fine étant en général plus impressionnable qu'une peau épaisse. Mais l'état du tissu ne suffit pas toujours pour apprécier le fait. Une peau sèche ou tapissée de graisse, une peau blanche ou brune, jeune ou vieille, sont des conditions diverses qui déjouent souvent toutes les prévisions ; de là la nécessité d'un tâtonnement préalable.

Avec le liquide, la malade peut agir elle-même, après quelques jours d'indications données par le médecin. Avec la pommade confiée à une malade, il est rare que ses mauvaises conditions d'emploi n'entraînent pas d'inconvénients. Or, il est désagréable et pour la malade et pour le médecin de se faire faire et de faire ces applications.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Monsieur le Rédacteur,

J'ai lu avec un vif intérêt l'article publié, dans le *Bulletin général de Thérapeutique*, par notre honorable confrère, le docteur Hamon, de Fresnay-sur-Sarthe, au sujet de son retroceps. Il y a huit mois que je possède cet instrument, et je n'ai qu'à m'en applaudir.

Le retroceps m'a dernièrement encore rendu un service important, dans un accouchement dont je vous envoie l'observation, avec prière de la publier, si vous pensez, comme moi, qu'elle puisse intéresser vos lecteurs, et leur être de quelque utilité.

Le 25 décembre dernier, je fus demandé pour assister Mme P***, qui ressentait les premières douleurs de l'enfantement. Agée de vingt-cinq ans, primipare, d'une nature peu énergique, Mme P*** éprouvait de fréquentes douleurs lombaires, accompagnées de légères douleurs abdominales ; ces douleurs se poursuivirent en augmentant assez régulièrement, sans toutefois prendre le caractère expulsif. Ce ne fut que le 28 décembre, au matin, que je trouvai le col de l'utérus assez dilaté et dilatable pour pouvoir administrer le seigle ergoté. 6 grammes de ce médicament, pris à un quart d'heure ou vingt minutes d'intervalle, augmentèrent les douleurs, sans déterminer le moindre effort expulsif.

J'avais affaire à une présentation occipito-antérieure droite, la tête restait au détroit supérieur, la patiente était très-fatiguée, il y

avait quatre heures que j'avais donné le premier gramme de seigle ergoté, et je craignais les effets de l'influence prolongée du médicament sur l'enfant; je me déterminai à appliquer le retroceps. Je n'eus pas de peine à mettre en place la branche gauche ou basculante; pour appliquer la branche droite, ou pivotante, il me fallut refouler avec les doigts la portion droite du col utérin, à laquelle, heureusement, le seigle ergoté n'avait donné aucune rigidité; je ne pus introduire cette seconde branche aussi profondément que la première, mais, grâce à l'heureuse disposition du *support,* je pus facilement fixer la branche pivotante dans la mortaise qui lui est destinée, et saisir la tête assez solidement pour terminer l'accouchement en peu de temps et obtenir un enfant bien vivant, quoiqu'il eût le cordon passé autour du cou, et malgré l'emploi de 6 grammes de seigle ergoté, fraîchement pulvérisé et de bonne qualité.

La cuiller de la branche basculante s'était imprimée entre l'angle gauche de la mâchoire inférieure et le menton, le bec de la cuiller de la branche pivotante était imprimé au-dessus de l'angle externe de l'œil droit : il y avait donc *asymétrie* incontestable, dans la position des deux branches du retroceps, et si j'eusse pu introduire les deux branches du forceps classique, je n'aurais pas pu les articuler, par conséquent, je n'aurais pu en tirer aucun parti. J'aurais donc été forcé, au grand regret de la mère, et peut-être au détriment de l'enfant, de laisser se prolonger le travail, jusqu'à ce qu'un engagement suffisant de la tête m'eût permis d'appliquer *symétriquement* l'ancien forceps.

Agréez, etc. Dr E. DEVAUX.

Colombières, ce 8 janvier 1867.

Observation de déviation menstruelle.

La nommée A*** R***, âgée de vingt-deux ans, d'une constitution lymphatique, eut dans ses premières années plusieurs abcès, notamment à la région hypogastrique droite ; un de ces derniers abcès, survenu à l'âge de quatre à cinq ans, est resté fistuleux jusqu'à ce jour, et, à l'époque de la menstruation, qui a commencé vers quinze ou seize ans, laisse passer le sang menstruel régulièrement.

Elle conserva cette infirmité jusque vers le milieu de 1866, sans consulter de médecin ; c'est à cette époque qu'elle réclama mes soins, et que je constatai l'état suivant :

L'orifice extérieur de l'abcès fistuleux, situé dans le flanc droit, est surmonté d'une excroissance charnue, du volume d'une noix ; pédiculée et irritée par le frottement, circonstance du reste qui détermina la jeune personne à me consulter.

Je pratiquai l'ablation de cette petite tumeur à l'aide de la ligature et du ciseau ; cette opération détermina une légère hémorrhagie, et me permit de reconnaître la nature dure et charnue de l'excroissance.

A l'époque menstruelle qui suivit l'opération, il ne vint pas de sang par l'orifice de l'abcès. Mais aux époques suivantes, les menstrues revinrent régulièrement.

L'examen des organes génitaux et urinaires ne présente rien d'anormal, si ce n'est une atrophie de l'utérus ; pas de déviation ni d'adhérence. Le col est situé à sa place, et offre seulement un peu de sensibilité au toucher ; l'utérus ne paraît pas avoir de rapport avec l'abcès qui s'est formé dans cette région. Les parties qui environnent l'abcès n'offrent aucune altération appréciable.

Du reste, la jeune personne atteinte de cette infirmité jouit d'une assez bonne santé, et peut se livrer, sans inconvénients, à des travaux assez fatigants.

Ce cas de déviation menstruelle conduit naturellement aux deux questions suivantes :

1° La conception, dans le cas précédent, est-elle possible ?...
2° Au point de vue médico-légal, peut-on autoriser le mariage ?

Dr GILLET.
(Villeneuve-sur-Yonne.)

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique des maladies des yeux, par le docteur FANO, professeur agrégé en chirurgie à la Faculté de médecine de Paris. 2 vol. in-8°, chez Adrien Delahaye, 1866.

S'il nous était imposé de présenter aux lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique* un examen critique du livre dont le titre précède, de juger cet ouvrage au fond et de motiver notre jugement, nous devons avouer en toute franchise et en toute humilité que notre devoir serait de nous récuser, et de laisser à d'autres plus compétents le soin qui nous a été dévolu. Pour accomplir, en effet, convenablement une pareille tâche, il faudrait s'être adonné d'une manière toute spéciale à l'étude et à la pratique de la méde-

cine oculaire, posséder dans leur intégralité tous les détails relatifs à l'anatomie et à la physiologie, à la pathologie et à la thérapeutique de l'organe de la vue ; en un mot, il faudrait être oculiste consommé. Or, comme nous n'avons aucun droit de prétendre à cet honneur, force nous est, — et nous prions qu'on veuille bien prendre notre modestie, tout obligée qu'elle est, en considération, — force nous est, disons-nous, de nous borner à analyser le livre de M. Fano, et à dire quelle est l'impression, impression réfléchie, bien entendu, que sa lecture nous a laissée, et que, selon nous, elle fera naître dans l'esprit de tout médecin se trouvant dans des conditions semblables à celles où nous sommes.

Cette impression, disons-le sans retard et sans hésitation, est toute favorable. Les deux gros volumes dont se compose l'ouvrage se lisent, non-seulement sans fatigue, mais avec intérêt d'un bout à l'autre.

Ceci dit au préalable, nous allons faire connaître, par une analyse aussi succincte que possible, le plan suivant lequel M. Fano a conçu son ouvrage et la façon dont il l'a exécuté.

Son premier soin devait être naturellement d'enseigner à ses lecteurs ou de leur rappeler les procédés d'exploration de l'organe dont le livre se propose d'étudier les maladies ; car comment arriver à connaître, si l'on ne possède pas l'instrument de la connaissance? Cet instrument, c'est-à-dire les méthodes et procédés d'examen sans lesquels il n'est pas possible de s'avancer sûrement dans l'étude des affections oculaires, M. Fano le décrit et le met en quelque sorte aux mains du lecteur dans une première section, qu'il intitule *Ophthalmoscopie ;* dénomination juste sans doute, à s'en tenir à l'étymologie du mot, mais qui cependant a peut-être reçu de notre auteur une compréhension un peu plus étendue que celle qui lui est ordinairement attribuée. Elle est en effet limitée, ce nous semble, à la désignation de l'exploration des parties profondes de l'œil au moyen de l'ophthalmoscope.

Quoi qu'il en soit de cette manière d'interpréter le mot *Ophthalmoscopie*, nous nous empressons, en le prenant dans le sens qui lui est donné par M. Fano, de déclarer que la première section de l'ouvrage, placée sous ce titre, nous a paru être complétement traitée. Le praticien y trouvera tous les enseignements propres à le guider dans l'examen méthodique et fructueux de l'organe de la vision et de ses annexes, soit à l'aide des sens seuls, soit avec l'auxiliaire d'instruments spéciaux, sous la lumière naturelle ou au moyen de la lumière artificielle, l'une ou l'autre étant portée

sur l'œil directement ou sous une incidence latérale ; en suivant ces enseignements, en se les appropriant par une pratique attentive et suffisamment répétée, il arrivera sûrement à se mettre en état d'instituer un diagnostic sûr des affections oculaires.

La partie la plus intéressante de cette section est celle qui traite de l'*ophthalmoscope*, de sa théorie, de son usage et des résultats qu'il fournit. L'espace qui nous est accordé nous interdit de nous étendre sur ce point, comme le demanderait la considération des immenses progrès dont l'oculistique moderne est redevable à la découverte d'Helmholtz. Nous ne pouvons qu'en donner une idée bien succincte en disant qu'après avoir commencé, comme il était naturel, par exposer l'état normal de l'œil tel que le révèle l'ophthalmoscope, M. Fano décrit les altérations que, grâce à ce précieux instrument d'optique, on est à même de découvrir dans les parties profondes de l'organe ; et si nous ajoutons que de belles planches en chromo-lithographie, dessinées avec une patience et une perfection dignes du sujet, permettent de suivre toutes les explications de l'auteur, et de se rendre compte de tous les états qu'il décrit comme si on les examinait sur la nature même, nous nous serons acquitté du soin qui nous incombe dans la mesure de ce qui nous est possible, et ce sera au lecteur à vérifier par lui-même la valeur de notre appréciation.

La section se termine par des chapitres essentiels : sur l'acuité de la vision et les moyens de l'apprécier à l'aide des échelles de Giraud-Teulon, de Snellen et de Jæger ; — sur le champ visuel et la manière d'en évaluer la grandeur dans la pratique ; — enfin, sur certains phénomènes subjectifs, dont quelques-uns ont été, de la part de M. Fano, l'objet d'études particulières publiées antérieurement (myodésopie, daltonisme, phosphènes, photopsie, chrupsie).

Désormais, les moyens d'exploration de l'œil et de ses annexes étant donnés, M. Fano entre dans l'exposition de ce qui fait le fond du sujet de son ouvrage, savoir les maladies de l'appareil de la vision.

Il les expose d'après un ordre à l'adoption duquel il y avait lieu de s'attendre de la part d'un chirurgien de l'école de Paris, l'ordre anatomo-physiologique, lequel, du reste, nous avons hâte de le dire, nous paraît mériter la préférence, surtout dans un ouvrage du genre de celui-ci ; il a l'avantage, en effet, en rapprochant les maladies dont peut être le siége chaque partie en particulier de l'appareil de la vision, de permettre d'en mieux saisir les analo-

gies, les différences, les rapports divers, et de conduire plus sûrement au diagnostic. M. Fano, suivant donc cet ordre sans s'en écarter jamais, excepté pour un genre d'affections où il s'agit de troubles ou d'anomalies purement fonctionnels, passe successivement en revue, dans dix-huit sections différentes, les maladies : de l'orbite et de la région orbitaire; de la glande lacrymale; des points et des conduits lacrymaux; du sac lacrymal et du canal nasal; des paupières et du sourcil; de la conjonctive; de la membrane semi-lunaire et de la caroncule lacrymale; de la cornée; de la sclérotique; des chambres antérieure et postérieure; de l'iris; de l'appareil cristallinien; du corps vitré; de la choroïde; de la rétine et du nerf optique; de la totalité du globe; et enfin, — après une avant-dernière section à laquelle il a été fait allusion plus haut, et où sont décrits les maladies ou troubles de la réfraction, — de l'appareil musculaire de l'œil.

Chacune de ces sections commence par un chapitre où sont rappelées avec des détails suffisants l'anatomie descriptive et la structure de la partie de l'œil dont les états morbides vont être exposés; chapitre très-bien fait, qui a l'avantage d'éviter au lecteur l'inconvénient de recourir à d'autres ouvrages pour se remémorer l'état normal avant de passer à l'étude des altérations pathologiques. Celles-ci sont ensuite décrites dans une série de chapitres qui se retrouvent dans toutes les sections, pour autant, du moins, que s'y prête la nature des choses, et qui traitent successivement pour chaque partie de l'appareil oculaire : des anomalies; des blessures; des corps étrangers; des déplacements; des difformités; des brûlures et cautérisations; des inflammations et des affections consécutives; des tumeurs; et enfin des maladies diverses qui, en raison de leurs caractères, n'ont pu trouver place sous aucun des titres de ce cadre.

Indépendamment des planches chromo-lithographiques, comprenant vingt figures, dont nous avons parlé plus haut et qu'on trouve à la fin du premier volume, plus de cent cinquante autres figures, parfaitement dessinées, intercalées dans le texte, sont d'un grand secours pour faciliter l'intelligence soit des descriptions d'anatomie normale placées en tête de chaque section, soit des altérations propres aux diverses affections décrites, soit, — et celles-ci sont les plus nombreuses en même temps que les plus utiles, — du manuel opératoire dans les cas où il y a lieu d'intervenir chirurgicalement. Une autre chose encore concourt d'une manière très-efficace à faire bien comprendre et retenir les détails relatifs à la

pathologie et à la thérapeutique des maladies dont traite le livre de M. Fano : nous voulons parler des observations, — il y en a près de trois cents, — que l'on trouve d'un bout à l'autre de l'ouvrage, et qui sont ou empruntées aux écrivains les plus autorisés dans la matière, ou propres à notre auteur lui-même. Grâce à ces cas nombreux, bien choisis, relatés avec soin, heureusement distribués, le lecteur assiste pour ainsi dire à une véritable clinique, et peut, en quelque sorte, constater sur le sujet les altérations et les symptômes de chaque maladie, apprécier les difficultés et les conditions du diagnostic, se rendre compte enfin des indications et des effets du traitement. C'est là une addition que les praticiens ne sauraient voir avec indifférence.

Telle est la distribution des matières dans l'ouvrage dont nous avions à rendre compte, tels sont les moyens que M. Fano a mis en usage pour faire de son livre un traité vraiment pratique des maladies des yeux. On conçoit assez, sans que nous le disions, que le sujet n'y est pas exposé seulement d'une manière descriptive : chemin faisant, notre confrère aborde les questions de doctrine à mesure qu'elles se présentent, et il formule sur ces questions ses opinions telles qu'elles se sont formées dans son esprit dans le cours d'une pratique déjà ancienne et, en vertu d'une expérience qui porte sur plusieurs milliers de faits. Ces opinions, on comprend que nous ne pouvons pas les faire connaître ici, qu'encore moins nous avons à en discuter la valeur. Il en est probablement plus d'une qui soulèvera des objections ou qui sera absolument contestée, et sans doute M. Fano ne peut manquer de s'y attendre; mais, en cela, il est dans la situation de tout auteur écrivant sur une science qui n'est pas encore faite. Or si, comme nous le lisons dans la préface mise en tête de l'ouvrage, l'oculistique est, de toutes les branches de la chirurgie, celle qui a réalisé les plus grands progrès depuis quelques années, il y a lieu de remarquer aussi que ces progrès n'ont commencé en effet à se produire que depuis un temps encore peu considérable, et que par conséquent cette partie des connaissances médico-chirurgicales est loin d'être irrévocablement constituée; c'est là un point de perfection qui n'est et ne sera sans doute jamais le partage d'aucune science, et que la nôtre, on peut le dire, atteindra plus difficilement encore que toute autre.

Atlas d'ophthalmoscopie, par le docteur Emile Martin, médecin oculiste[1] des bureaux de bienfaisance de Marseille.

Depuis les récents progrès de l'oculistique dus à la découverte de l'ophthalmoscope, il s'est créé une nouvelle science dont la connaissance est indispensable au médecin; aussi voyons-nous les élèves s'exercer à l'examen ophthalmoscopique des malades, de même qu'ils apprennent l'auscultation et la percussion.

Malheureusement, cette étude demande beaucoup de temps et de patience, et on ne peut arriver sans beaucoup de peine à apprécier les détails minutieux du fond de l'œil. Pour la faciliter, un de nos confrères de province, qui se livre avec succès à la chirurgie oculaire, M. Martin, vient de publier un atlas dans lequel on peut parcourir rapidement les diverses lésions qui peuvent se présenter dans la pratique; on peut dire que c'est un petit manuel de pathologie ophthalmoscopique. L'auteur passe successivement en revue les altérations du cristallin et du corps vitré, de la choroïde, de la rétine, de la pupille et des vaisseaux de la rétine, et chacun de ces divers chapitres se trouve résumé dans un tableau où les symptômes ophthalmoscopiques du cristallin et du corps vitré, pour prendre un exemple, sont embrassés d'un seul coup d'œil.

Cette première partie forme l'explication des planches qui se comprennent facilement de la sorte, et servent à bien graver dans la mémoire les lésions qu'on a constatées à l'examen.

Le plan avec lequel a été conçu et exécuté ce travail en fait une œuvre éminemment pratique, et que nous recommandons comme telle.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Pseudo-étranglement intestinal, guérison par l'infusion de café a haute dose. — (Marguerite), quarante-six ans, giletière, entre à l'hôpital Necker le 8 octobre 1866, salle Sainte-Thérèse, n° 10, service de M. Lasègue suppléé par M. J. Guyot.

Cette femme a été prise brusquement, huit jours auparavant, de douleurs très-vives dans le ventre. Les douleurs ont débuté à six heures du soir; à dix heures (quatre heures après l'apparition des douleurs de ventre) se sont montrés les vomissements. La malade a vomi pendant toute la nuit. Les vomissements ne renfermaient que des matières bilieuses.

Trois jours après le début de la maladie, les vomissements et les douleurs de ventre continuant toujours, le médecin est appelé. Il essaye de vaincre la constipation, d'abord par un purgatif, qui est vomi, puis par deux lavements, qui restent aussi sans résultat. C'est alors que la malade est conduite à l'hôpital et reçue à la salle Sainte-Thérèse.

L'examen du ventre permet de constater une distension très-considérable de cet organe, avec météorisme ; sensibilité très-grande à la pression. Pas de tumeur ni d'empâtement dans aucun point de l'abdomen. Vomissements très-fréquents de matières bilieuses ; constipation persistante.

9 octobre. *Traitement :* glace ; 30 grammes d'huile de ricin ; lavement purgatif.

10. Les vomissements continuent, de même que la constipation. Les matières vomies sont toujours bilieuses. L'huile de ricin de la veille a été rejetée presque aussitôt après son ingestion.

11. M. Guyot trouve la malade dans cet état à la visite du matin : Ballonnement très-considérable du ventre. Les anses de l'intestin grêle se dessinent très-visiblement sous la peau. Le gros intestin ne semble pas distendu. Aussi présume-t-on que l'obstacle au cours des matières est dans l'intestin grêle.

Ventre toujours très-douloureux ; la palpation est difficile ; les douleurs sont étendues à tout le ventre. Immédiatement avant la visite, la malade a eu un vomissement de matières fécaloïdes très-caractérisées. En examinant le ventre, on aperçoit, dans la région hypogastrique, les cicatrices d'anciennes piqûres de sangsues. La malade, interrogée à ce sujet, nous apprend que, vingt-cinq ou vingt-six ans auparavant, elle a eu une affection du ventre très-douloureuse, probablement une péritonite.

M. Desormeaux est consulté ; il conseille l'expectation. Le toucher rectal, puis vaginal, montre l'absence de toute tumeur du vagin. Les anses intestinales repoussent fortement le cul-de-sac recto-utérin et sont senties à travers le vagin.

Traitement : glace ; calomel, 1 gramme ; lavement au séné et au sulfate de soude.

12. Les vomissements fécaloïdes se sont répétés un très-grand nombre de fois depuis hier ; la malade a vomi son calomel. Le lavement purgatif est resté sans effet. Prostration très-grande de la malade ; pouls petit et fréquent. On continue la glace ; on donne un bain d'une heure et un lavement purgatif ; une pilule avec une demi-goutte d'huile de croton.

13. Le lendemain, on nous montre de prétendues matières rendues par la malade à la suite du lavement. Mais nous ne voyons là que le lavement, coloré par quelques matières bilieuses contenues dans le gros intestin. Le ventre est toujours tendu et douloureux. On voit encore nettement les anses intestinales se dessiner sous la peau. Il y a eu pendant la nuit des vomissements. M. Guyot prescrit la glace et huit tasses de café noir, données de demi-heure en demi-heure.

Dans la nuit du 13 au 14, après l'ingestion de six tasses de café, qui mettent la malade dans une grande agitation, débâcle très-considérable : quatre ou cinq selles se succèdent en quelques heures. Les matières rendues sont liquides, de couleur bilieuse. Le lendemain matin, 14, nous trouvons le ventre souple, pas de vomissement depuis la veille. En examinant le ventre avec le plus grand soin, impossible d'y trouver une tumeur ou un point qui présente de l'empâtement. La débâcle continue pendant toute la journée du 14 : huit ou dix selles bilieuses et diarrhéiques.

Traitement : 200 grammes de vin de Bordeaux, quatre bouillons.

15 octobre. La diarrhée continue presque sans coliques. Le ventre est revenu tout à fait à son volume normal ; il n'est plus douloureux à la pression. On donne à la malade du vin et une portion.

16. Continuation de la diarrhée.

Traitement : Eau de riz ; sous-nitrate de bismuth.

17. Même état. Macération de colombo ; paquets avec sous-nitrate de bismuth ; craie préparée et extrait d'opium. La diarrhée s'arrête pendant quelques jours sous l'influence de ce traitement. La malade va bien, mais il lui reste une grande faiblesse. Quelques coliques de temps en temps et une grande tendance à la diarrhée.

Le 29, elle mange deux portions et reste levée une partie de la journée.

Cette observation, communiquée à la Société médico-chirurgicale de Paris, nous a paru très-intéressante, d'autant plus que, jointe aux nombreux faits que nous avons publiés de hernie étranglée réduite par l'infusion de café (1), elle prouve que le café a une action manifeste sur les fibres de l'intestin.

(1) Voir *Bullet. gén. de Thérap.*, t. LII, LIII, LIV et LVI.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

De la guérison des kystes de l'ovaire sans opération. En signalant deux cas de guérison de kystes de l'ovaire, M. Courty a surtout l'intention de montrer qu'il ne faut pas se hâter de pratiquer l'ovariotomie avant d'avoir soumis les malades à tous les moyens rationnels que leur état paraît indiquer. Certes, le traitement médical est considéré comme constamment impuissant, mais deux cas de succès obtenus par M. Courty prouvent que les kystes de l'ovaire peuvent avoir une terminaison heureuse.

Dans une première observation, il s'est agi d'un kyste ovarique droit, probablement uniloculaire, volumineux, chez une demoiselle de quarante-trois ans. Oxyde d'or, diurétiques, frictions résolutives, compression méthodique avec la ceinture Bourjeaurd ; guérison. Dans le second cas, un kyste ovarique droit, paraissant multiloculaire, volumineux, non ponctionné, chez une enfant de douze ans, fut traité de la même manière. Au bout d'un mois de traitement, la diminution de l'abdomen était sensible, et cinq mois plus tard il ne restait plus trace de la tumeur.

Le traitement employé se résume dans les moyens suivants :

1° Préparation d'or, notamment oxyde d'or, à la dose de 2 à 5 milligrammes en commençant, et s'élevant peu à peu jusqu'à 5 centigrammes ; 2° analeptiques toniques reconstituants : eau de Vichy, fer, quinquina, etc ; 3° frictions résolutives, surtout iodurées à l'iodure de plomb et de potassium, sur le bas-ventre ; 4° diurétiques en frictions et à l'intérieur, scille, digitale, sol de nitre ; 5° enfin et surtout compression méthodique et croissante de toute la surface abdominale à l'aide des ceintures élastiques de M. le docteur Bourjeaurd.

Certes, on doit reconnaître que cette médication ne présente rien d'irrationnel, mais faut-il lui attribuer les deux cas de guérison ? M. Courty lui-même est fort réservé sur ce point, et l'on doit lui en savoir gré. L'oxyde d'or, la médication elle-même, ne sauraient être considérés comme des spécifiques, et l'auteur dit que, dans le plus grand nombre des cas, aucune amélioration n'a été obtenue par ces moyens.

D'autre part, on a signalé quelques cas très-rares où la résolution du kyste de l'ovaire est survenue. Tels sont les cas cités par Nauche et par Helmann, et ceux plus récents qui ont été signalés par M. Craig, qui a constaté deux guérisons chez des malades soumises à l'emploi du chlorate de potasse. Quoi qu'il en soit, si des cas de ce genre se multipliaient, on ne pourrait plus seulement les considérer comme des guérisons spontanées, mais il faudrait reconnaître aux diurétiques ou aux altérants, et en particulier l'oxyde d'or ou le chlorate de potasse, un rôle dans la guérison ; mais nous craignons fort que ces observations ne restent isolées. (*Montpellier médical*, décembre 1866.)

Des injections forcées dans l'occlusion intestinale. Les injections forcées, dit M. Isnard, figurent dans le traitement mécanique de l'occlusion intestinale comme un moyen peu usité, mais digne de l'être davantage.

La manœuvre des grandes injections est simple et facile : on préférera les instruments à jet continu et en particulier les irrigateurs ordinaires. La douche, toujours abondante, sera répétée, au besoin, plusieurs fois coup sur coup.

Jusqu'à ce jour, la pratique des lavements forcés a été exempte de dangers. Toutefois, en réfléchissant aux lésions profondes que subissent, dans l'étranglement interne, les tuniques intestinales et les diverses fonctions de l'économie, on doit admettre la possibilité de certains accidents redoutables, tels que la perforation de l'intestin et l'asphyxie par compression extrême des poumons : l'analogie pathologique justifie ces craintes, si l'expérience directe ne les confirme pas.

La quantité d'eau nécessaire aux douches ascendantes est difficile à préciser d'avance ; elle variera suivant la hauteur de l'occlusion et suivant une foule de particularités anatomiques ou pathologiques individuelles. Le meilleur guide sera, pour le méde-

cin, l'examen attentif des phénomènes locaux et généraux développés chez le malade.

Les injections forcées produisent sur l'intestin des effets mécaniques et physiologiques très-favorables à la réduction des étranglements intestinaux. Les expériences cadavériques donnent une idée très-exacte de leur valeur, et permettent de constater des résultats différents sur le gros intestin et sur l'intestin grêle.

On peut recourir aux douches rectales à toutes les époques de la maladie; elles ont même réussi plusieurs fois dans une période très-avancée. Néanmoins, il est rationnel de les employer de bonne heure, avant le début de complications susceptibles de les rendre inutiles ou dangereuses.

La nature et le siége de l'occlusion exercent une influence considérable sur le succès des lavements forcés.

Relativement à la nature, il y a deux espèces d'étranglements internes. Les uns sont incurables, comme les maladies d'où ils émanent en général, et dont ils sont la terminaison fatale. Les autres, véritables accidents fortuits au milieu d'une santé parfaite, laissent au contraire beaucoup de chances de réussir; ils sont heureusement les plus communs.

Relativement au siége, on distinguera aussi deux variétés d'occlusion: celle du gros intestin et celle de l'intestin grêle. Dans le premier cas, les douches ascendantes se révèlent avec tous leurs avantages, parce que le gros intestin est précisément le siége du plus grand nombre des étranglements internes, et parce que le courant pénètre avec facilité et conserve jusque sur l'obstacle toute sa vigueur. Dans le deuxième cas, les injections sont encore applicables, mais elles rencontrent de nouvelles et sérieuses difficultés, inhérentes soit à la valvule iléo-cœcale, soit à la longueur du trajet que le liquide doit parcourir.

La pratique des injections forcées dans l'occlusion de l'intestin grêle implique nécessairement pour elles la possibilité de remonter la valvule.

Contesté et nié par la majorité des physiologistes et des médecins, admis de tout temps par quelques-uns, ce reflux est démontré aujourd'hui par une masse imposante de faits. S'il n'est pas constant, s'il n'est pas également facile sur tous les individus, il n'en est pas moins positif: son évidence est prouvée directement par les expériences sur les animaux vivants, par les expériences sur le cadavre et par les observations cliniques; elle est de plus confirmée indirectement par l'étude approfondie des phénomènes de l'occlusion intestinale. (*Union médicale de la Provence*, nov. 1866.)

Traitement des pseudarthroses. *Extension et immobilisation.* Choisir le moyen le plus sûr d'obtenir la consolidation, c'est toujours fort chanceux; souvent on est réduit à les essayer tour à tour en les modifiant. Placé dans cette alternative pour un jeune homme de vingt ans admis à la Charité, atteint d'une fracture du fémur avec raccourcissement de 9 centimètres, M. Le Fort se décida pour l'extension combinée à l'immobilisation, d'après ce motif péremptoire que, entre tous les autres, il est le moins grave et celui qui donne le plus de guérisons. La statistique de Gurlt, comprenant 110 cas de pseudarthrose de la cuisse, donne, en effet, 11 succès sur 14 cas traités par l'extension permanente, tandis que les scarifications sous-cutanées des fragments n'avaient que 17 guérisons sur 50, la résection 14 sur 28. La détermination était donc des mieux motivées.

A cet effet, une béquille fut munie, à l'extrémité supérieure, d'une plaque de bois formant étrier, et à l'extrémité opposée une large attelle interne, garnie de ouate, montait jusqu'à l'ischion. Un appareil plâtré, appliqué sur la jambe, servit à donner un point d'appui aux lacs extenseurs. L'extension était produite par une longue vis jouant dans la plaque-étrier, et la contre-extension par la béquille appuyée dans l'aisselle, l'attelle interne appuyant sur l'ischion.

Une traction croissante, progressive, permit de détruire le chevauchement des fragments et de les mettre en contact. Des frottements l'un contre l'autre furent exercés, puis, après trois semaines, un appareil inamovible appliqué. Après diverses péripéties, une guérison parfaite s'ensuivit, avec raccourcissement de 6 à 7 centimètres seulement. (*Gaz. des Hôp.*, nº 14.)

Perfectionnement de l'immobilisation. Combiner l'immobilité du tissu osseux avec les moyens propres à prévenir l'atrophie, l'engourdissement des parties molles qui en sont si souvent la conséquence, tel est le but qu'un jeune interne des hôpitaux de Lyon, M. Aubert, s'est proposé, en apportant la modification suivante: il

applique immédiatement sur la peau un certain nombre de petites bandes métalliques très-minces, isolées les unes des autres, et en fait sortir les extrémités entre les interstices d'un bandage amidonné ou autre construit suivant les règles ordinaires. Il se sert ensuite de ces feuilles métalliques comme conducteurs du fluide électrique qu'il applique pendant l'immobilisation à l'époque que l'on juge convenable, après les quinze à vingt premiers jours, par exemple. (*Soc. des sciences méd.*, janvier.)

Electro-puncture et drainage. C'est inutilement, au contraire, que M. le professeur Azam, de Bordeaux, employa l'extension contre une pseudarthrose flottante du fémur remontant à deux ans sur un meunier âgé de trente-cinq ans. Elle ne servit qu'à rendre au membre raccourci de dix centimètres environ, par la tonicité musculaire, sa longueur primitive. L'injection de l'ammoniaque entre les fragments, selon le procédé de M. Bourguet, d'Aix, ne produisit pas de meilleur résultat que l'introduction d'aiguilles à acupuncture. Ce n'est qu'en faisant passer des courants d'induction à l'aide de ces aiguilles que l'inflammation se développa, inflammation même suppurative provoquant de nombreux et vastes abcès à l'extérieur, nécessitant le drainage pour se tarir entièrement. Le membre ayant continué à être soumis à l'extension et à l'immobilité durant cette longue suppuration, il s'est formé entre les fragments un manchon fibreux qui a bientôt permis la marche, et qui, en se condensant, se solidifiant davantage par l'exercice, a permis l'usage du membre avec raccourcissement de 4 centimètres seulement. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, mars.)

Le résultat obtenu est surtout remarquable en raison de la date reculée de la pseudarthrose. Il est une preuve en outre que, même dans ces cas, en apparence incurables, la résection, la rugination, bien autrement dangereuses et graves, ne sont pas indispensables pour amener la guérison.

C'est la rugination que M. Delore employa dans une pseudarthrose de l'humérus, à 8 centimètres au-dessus du coude. Le *frottement des fragments* n'ayant déterminé aucun travail de consolidation après sept semaines d'immobilisation du membre, il chloroforma le patient et plongea un ténotome court et fort au niveau de la fracture, au milieu de la face postérieure du bras, pour éviter plus sûrement la lésion des nerfs et des vaisseaux, et rugina ensuite pendant cinq à six semaines les surfaces des fragments. La plaie étant recouverte ensuite de collodion, le bras fut placé dans un appareil amidonné, et, trente-cinq jours après, la consolidation était manifeste.

Plusieurs procédés peuvent donc conduire au succès dans ce cas ; l'essentiel est de choisir le plus sûr et le moins dangereux. Evidemment, celui-ci l'est moins que la résection des fragments ; mais n'est-il pas plus susceptible de développer des accidents, le tétanos, par exemple, que l'extension progressive employée dans le cas précédent ? Il y a là, pour la chirurgie moderne, une étude comparative des plus intéressantes à faire de ces divers moyens, autant au point de vue de leur gravité que de leur succès[1].

Quelques mots encore relativement à la liqueur de Villate. Des objections ayant été faites contre l'emploi de cet agent dans la chirurgie humaine, M. le docteur Notta a cru devoir y répondre dans une nouvelle note sur ce sujet, et il nous a paru convenable d'en reproduire les points principaux, afin que les inconvénients signalés puissent être évités à l'avenir.

La première chose sur laquelle s'explique et insiste M. Notta, c'est la préparation du médicament, pour laquelle il importe que la formule par lui donnée, d'après Villate, soit exactement suivie. Or, il paraîtrait, d'après lui, qu'il arrive souvent que les pharmaciens remplacent le vinaigre de vin blanc par le vinaigre de bois ou acide pyroligneux. On a alors, dit-il, une liqueur d'une causticité beaucoup plus grande et bien plus difficilement supportée par les malades, auxquels elle cause des douleurs plus vives que celle qui est préparée avec le vinaigre de vin. Il les facile de les distinguer : la liqueur pour laquelle on a employé l'acide pyroligneux, une fois reposée, a une coloration bleue ; celle qui est préparée avec le vinaigre de vin est verte, avec un léger reflet bleuâtre. Cette distinction est capitale ; car, suivant M. Notta, ce serait probable-

[1] Extrait du *Dictionnaire annuel du progrès des sciences médicales* de P. Garnier (troisième année), dont nous sommes heureux d'offrir un échantillon à nos lecteurs.

ment pour s'être servi de la liqueur préparée avec l'acide pyroligneux que plusieurs chirurgiens accusent ce médicament de déterminer des douleurs excessives et des phénomènes d'irritation et d'inflammation très-graves. Si la liqueur de Villate, convenablement préparée, causo parfois des douleurs vives, ce n'est qu'exceptionnellement que ces accidents obligent à y renoncer ; car, d'ordinaire, en la coupant au besoin d'abord avec un tiers ou une moitié d'eau, on arrive graduellement à la faire supporter pure.

Quant aux inflammations graves produites par la liqueur de Villate, et c'est là le second point sur lequel M. Notta donne des explications, il pense qu'on en trouverait peut-être la cause dans l'emploi intempestif de ce médicament, rappelant qu'il a beaucoup insisté sur la nécessité de ne l'employer que dans des affections extrêmement chroniques, alors que les moyens ordinaires ont échoué. Lorsqu'on n'en fait usage que dans les cas où l'indication est formelle, lorsqu'on n'agit qu'avec prudence, on n'a pas à redouter d'accidents inflammatoires graves, même au voisinage des organes les plus sensibles de l'économie. C'est ainsi qu'il a pu s'en servir, non-seulement sans inconvénient, mais avec succès, dans un cas qu'il donne avec détails, où il s'agissait d'un trajet fistuleux situé à côté de l'œil et s'étendant jusqu'au fond de l'orbite. C'est ainsi qu'il cite encore, entre autres exemples, le fait d'une dame de vingt ans, lymphatique et d'une constitution délicate, qui, atteinte d'abcès froids multiples consécutifs à une coxalgie et ayant laissé des trajets fistuleux s'étendant dans le petit bassin jusqu'autour du rectum, a pu guérir rapidement de l'état grave dans lequel elle se trouvait, au moyen d'injections de liqueur de Villate, alors que les injections iodées et le drainage étaient restés sans résultats avantageux. (*Union médicale*, 1866, n°s 158 et 159.)

Nouveau topique pour le pansement des plaies. Depuis quelques années les chirurgiens montrent une tendance marquée à supprimer le classique pansement au cérat et à la charpie sèche. C'est ainsi que la glycérine et l'alcool ont été prônés tour à tour, et ont paru rendre d'importants services. Aussi n'est-ce pas à proprement parler un nouveau topique que nous proposons, mais une mixture dans laquelle M. Foucher a eu l'idée d'associer au chlorate de potasse ces deux substances médicamenteuses. Il semble, à priori, que ce topique doive être excellent, puisqu'il réunit, sans les altérer, des substances dont on ne conteste plus l'efficacité. Mais en outre, aujourd'hui, quatre mois d'expérimentation permettent d'en affirmer les bons effets. Voici la formule employée pendant tout ce temps. — On conçoit qu'il y ait des cas où il soit nécessaire de la modifier, et rien ne s'y oppose.

Alcool	400	grammes
Glycérine	025	—
Chlorate de potasse	40	—

On obtient ainsi un liquide transparent et limpide, sans odeur désagréable, imbibant facilement le linge et la charpie, et ne tachant pas les pièces du pansement. — Le pansement peut rester vingt-quatre heures en place, et davantage, sans se dessécher, ou bien être renouvelé fréquemment, et le pourtour de la plaie n'en est point sali ; il suffit d'un coup de simple lavage à l'eau tiède pour en enlever toute trace. Outre cette grande propreté, il semble qu'on trouve dans ce topique d'autres avantages plus sérieux. — L'alcool doit être d'un excellent effet, et cependant notre topique est beaucoup moins douloureux que l'alcool pur. Bien qu'on en ait dit, l'application de ce dernier cause des douleurs insupportables, dont les malades se plaignent souvent plus que de l'opération elle-même. — Pour notre liqueur, elle produit un sentiment de cuisson beaucoup plus modéré. On a trop étudié les propriétés de la glycérine pour que nous y insistions ; mais nous ferons remarquer que la glycérine que l'on fabrique est obtenue de jour en jour plus pure et par conséquent qu'elle n'a plus d'action irritante.

Enfin, M. Foucher croit que l'action du chlorate de potasse est surtout efficace sur les plaies dont les bourgeons sont mous et dont la surface a de la tendance à se recouvrir de ces sortes d'exsudats grisâtres qui ont fait donner à cette altération le nom de diphthérite des plaies

Les plaies pansées avec cette liqueur présentent ordinairement une belle surface granuleuse, rouge, de bon aspect ; les bords en sont nets et le pansement se détache facilement, si on a pris la précaution de bien imbi-

ber la charpie et même de mettre immédiatement sur la surface de la plaie un linge troué qui en est imbibé.

Depuis cinq mois, M. Foucher a employé cette liqueur presque exclusivement chez tous ses opérés, et s'en est bien trouvé. Il n'y a sans doute pas lieu d'afficher à son endroit les prétentions que l'ou a pour l'alcool. Aussi, ne la présentons-nous ici que comme un bon topique, facile à obtenir, et appelé à rendre en chirurgie des services d'autant plus réels, qu'en modifiant ses qualités par des proportions d'eau plus ou moins considérables, on pourra sans doute en modifier les applications pratiques. (*Journ. de méd. et de chir. pratiq.*)

Tumeur de la corde vocale, aphonie datant de six années, extirpation de la tumeur, retour de la voix. L'observation suivante montre la grande valeur de l'emploi du laryngoscope dans le diagnostic et dans le traitement des maladies du larynx. Cet instrument, dans le cas, a amené une intervention chirurgicale à laquelle on n'eût jamais pensé, même si le diagnostic d'une tumeur laryngée eût été fait.

Obs. Elisa P***, âgé de trente et un ans, femme d'une constitution robuste, raconte que, dans l'hiver 1858-59, elle avait eu un mauvais rhume à la suite d'un refroidissement, et que l'enrouement survenu à cette époque se termina, en quelques mois, par la perte complète de la voix. Depuis, elle n'a plus été capable d'articuler un mot à haute voix. En 1860, elle fut traitée dans un hôpital de province au moyen de douches, mais sans succès. L'année suivante, elle fut admise dans un des hôpitaux métropolitains, et le traitement consista en vésicatoires au cou; 37 vésicatoires furent successivement appliqués, puis l'iode, les sinapismes, quinine, fer, etc., le tout sans effet. Depuis, elle souffre toujours de gêne de respiration, et elle a eu deux attaques de violente dyspnée. En pratiquant l'examen laryngoscopique, on voit une tumeur d'à peu près la grosseur d'un œuf de moineau, irrégulière, lobulée, adhérente à la corde vocale gauche sur toute la longueur, et faisant saillie dans la cavité et en travers de la glotte. A la seconde visite de la malade, M. Mackensie essaya de saisir la tumeur avec son « tube-forceps, » et, à la première tentative, put en saisir et en extraire un large morceau. Dans plusieurs autres séances, il enleva quelques fragments, mais plusieurs fois les tentatives échouèrent. Les visites étaient irrégulières et à de longs intervalles, et ce n'est que dix mois environ après la première visite que l'opérateur réussit à débarrasser complétement le larynx de la tumeur en se servant de pinces à anneaux ordinaires, ouvertes dans une direction antéro-postérieure. La malade fut depuis examinée plusieurs fois. Le larynx était libre et la voix claire et naturelle. Une portion de la tumeur examinée montra qu'il s'agissait d'une végétation ou chou-fleur. (*Medical Times and Gazette*, 1866, nº 852.)

Chorée se reproduisant dans deux grossesses successives; bons effets des bains de valériane. Jeune femme de vingt et un ans, de robuste constitution, bien réglée, toujours bien portante, à l'exception d'une fièvre typhoïde ataxique très-grave, suivie d'une longue convalescence, en 1864. Mariée en 1865 et devenue enceinte deux mois après, elle devint susceptible, irritable, fantasque, ce qu'elle n'avait jamais été, excitation morale à laquelle vinrent s'ajouter des mouvements involontaires continus, limités à l'un des pieds. Ces symptômes disparurent à la suite d'une fausse couche au bout de quelques semaines.

Mais ils se manifestèrent de nouveau avec une nouvelle grossesse : d'abord la bizarrerie du caractère ; puis, dans le quatrième mois de la gestation cette fois, les accidents de chorée, qui devinrent beaucoup plus prononcés que la première fois. Après avoir débuté dans les membres du côté droit, ils s'étendirent progressivement au tronc, à la face, puis au côté gauche.

C'est dans cet état que la malade vint consulter, le 15 décembre 1865, M. le docteur Demore (de Seuey). Les médicaments antispasmodiques, valériane, camphre, oxyde de zinc, huile de Dippel, etc., échouèrent complétement; la belladone, l'opium, à doses progressivement croissantes, n'amenèrent non plus aucune amélioration; la chorée fit au contraire des progrès et apparut la nuit, ce qui n'avait pas eu lieu jusque-là. Cinq séances d'électricité amenèrent un amendement considérable; mais se fiant à cette amélioration, la malade ayant discontinué le traitement, les symptômes repa-

rurent au bout de quelques jours et cette fois l'électricité resta impuissante. Les accidents choréiques étaient terribles, l'agitation tellement prodigieuse qu'il ne fut plus possible de contenir la malade et qu'il n'existait pas un point du corps qui ne fût le siége de secousses et de soubresauts violents. Les muscles de la face, tour à tour contractés et distendus, faisaient les plus étranges grimaces; la malade ne pouvait rester un seul instant assise ni dans son lit : couchée, elle se jetait en avant avec une soudaineté inouïe; levée, elle courait d'une manière convulsive, se heurtant contre tous les objets au risque de se blesser. L'intelligence, d'abord restée intacte, s'était sensiblement affaiblie.

Dans un tel état, que nous retraçons, en abrégeant, d'après la description de M. Demore, notre confrère, se rappelant que la chorée de la première grossesse avait cessé après la fausse couche, songeait à provoquer l'accouchement. Mais avant d'en arriver à cette extrémité, l'idée lui vint de tenter les bains prolongés préparés avec une forte décoction de racine de valériane. La première fois, il fallut d'abord deux personnes vigoureuses pour maintenir la malade dans la baignoire; mais un quart d'heure était à peine écoulé que les convulsions cessèrent. En sortant du bain, au bout de deux heures, elle demanda à se coucher, ce qu'elle n'avait pas fait depuis neuf jours, et elle dormit parfaitement. Au réveil il restait un peu de difficulté dans la prononciation et quelques mouvements légers de membres. Les bains furent continués chaque jour pendant huit jours, et les accidents disparurent totalement pour ne plus reparaître. Deux mois et demi après, accouchement heureux d'un enfant bien portant. (*Gaz. des Hôpit.*, 1866, p. 149.)

Sur l'emploi du tabac comme contre-poison dans l'empoisonnement par la strychnine. On n'a pas encore trouvé de contre-poison de la strychnine dont l'efficacité repose sur des preuves suffisantes. Le chlorure de sodium, l'iodure de potassium, le lard fondu, le noir animal, ont été préconisés, sans qu'il ait été démontré qu'on puisse véritablement compter sur leur action. L'infusion de tabac, depuis longtemps employée contre le tétanos, est maintenant proposée par M. Chevers, qui rapporte une observation à l'appui :

Obs. Une jeune fille de ouze ans avait avalé après un repas environ 3 grains de strychnine, dans l'intention de se suicider. Une demi-heure après l'ingestion, de fortes convulsions tétaniques se produisirent. La malade fut apportée à l'hôpital, trois heures après l'empoisonnement, dans l'état suivant : anxiété, peau chaude, pouls fréquent, pupilles dilatées, accélération des battements du cœur avec impulsion forte, sensation de brulûre et de suffocation dans la gorge et dans la poitrine, membres dans l'extension, les mains s'attachant aux côtés du lit, jambes écartées, les pieds tournés en dehors, pas de spasmes fréquents. Peu de temps après l'admission, elle eut une convulsion tétanique violente, étendue à presque tous les muscles du corps, et qui dura une minute et demie. La poitrine était fixe, la respiration difficile, le corps courbé en arrière (opistothonos). Après cet accès, la malade était dans la prostration. De faibles convulsions dans les mains et les pieds se montraient à des intervalles variables. La malade devint si impressionnable que le moindre mouvement du lit ou les bruits subits causaient une secousse spasmodique de tout le corps. On prescrit de l'émétique : les symptômes continuent comme précédemment. On administre de grandes quantités de noir animal mélangé à du lard fondu, et aussitôt après on fait prendre, après chaque convulsion tétanique, de petites doses d'une infusion de tabac, 1 drachme par pinte (3 grammes par litre). On administra, en trois heures et en seize fois, par doses fractionnées, 355 minimes de l'infusion, c'est-à-dire environ 8 grammes, et ce n'est qu'au bout de trois heures que survinrent des vomissements, et à partir de ce moment les convulsions cessèrent; les vomissements se reproduisirent une douzaine de fois pendant la nuit. Le lendemain et les jours suivants, il restait une sensation intense de brûlure à l'épigastre; il y eut encore quelques vomissements. Cinq jours après l'accident, la malade entrait en convalescence, et sortait guérie huit jours après l'empoisonnement.

L'auteur fait observer qu'on pourrait affirmer au juste la quantité de strychnine absorbée, mais les symptômes ne laissèrent aucun doute sur la gravité de l'empoisonnement. L'émétique, le noir animal, le lard fondu, avaient échoué, les vomissements ne se produisirent pas tant que durèrent les con-

vulsions tétaniques. Reste à interpréter l'action de l'infusion de tabac.

Pour M. Chevers, il semble certain que la dose énorme d'infusion de tabac (8 grammes de l'infusion à 5 grammes de tabac par litre d'eau bouillante) aurait agi avant trois heures, et aurait produit des vomissements ou d'autres symptômes de nicotisme, si les propriétés toxiques de cet agent n'avaient été neutralisées d'abord par l'état du système nerveux résultant de l'influence de la strychnine. En effet, d'après les recherches de Brown-Sequard, Claude Bernard, Haldane, la strychnine n'agit pas comme excitant direct du système nerveux, mais exagère à un degré extrême le pouvoir réflexe de la moelle, de sorte que la moindre irritation produit des convulsions tétaniques. Et cette augmentation du pouvoir réflexe résulte de l'accumulation du sang dans la moelle par suite de la paralysie des couches musculaires des vaisseaux, en même temps que d'une action spéciale sur le tissu de la moelle. La nicotine agirait d'une façon diamétralement opposée, déterminant la contraction des vaisseaux et diminuant alors la quantité de sang qui les traverse. Telle serait l'explication physiologique de l'antagonisme de la nicotine et de la strychnine. Du fait qui est signalé ici, on peut rapprocher celui qui a été cité par le docteur O'Reilly, dans lequel un homme avait avalé six grains de strychnine. Après avoir pris un émétique et vomi abondamment, ce malade absorba une once d'infusion de feuilles de tabac par petites doses, et il guérit. (*Gazette hebdomadaire.*)

Traitement de l'ophthalmie blennorrhagique par les injections fréquentes d'eau fortement alcoolisée. Les deux faits suivants, recueillis dans le service de M. Gosselin, montrent les bons effets de cette méthode :

Le premier était un jeune homme de vingt-deux ans, affecté de bleunorrhagie (c'était sa première) depuis quatre semaines. Ayant senti, cinq jours avant son entrée à l'hôpital, un peu de cuisson et de chaleur aux paupières de l'œil gauche, il avait, sur le conseil d'une femme qu'on lui avait signalée comme très-habile dans le traitement des maladies des yeux, lavé trois fois cet œil gauche avec sa propre urine. Au bout de quatre jours, lorsque ce jeune homme se présenta à la Pitié, M. Gosselin constata un gonflement notable avec rougeur des paupières, un écoulement purulent à la surface de l'œil et dans les culs-de-sac palpébraux, une rougeur intense de la conjonctive oculaire, une rougeur analogue avec chémosis assez volumineux de la conjonctive bulbaire. Heureusement la cornée avait encore sa transparence; la chambre antérieure et l'iris étaient sains.

M. Gosselin prescrivit, le jour même de l'entrée du malade, l'injection, toutes les deux heures, avec une seringue à oreille, d'un mélange contenant deux tiers d'alcool ordinaire (non camphré) et un tiers d'eau.

Le lendemain matin, cette prescription avait été fidèlement exécutée; on trouvait moins de pus à la surface de l'œil, et, comme le malade se plaignait d'une cuisson assez violente après chaque injection, il fut convenu que le mélange serait fait par moitié, et que les injections auraient encore lieu toutes les deux heures : de plus, opiat de copahu et de cubèbe.

Le troisième jour, amélioration notable; l'injection, toujours avec la précaution de bien écarter les paupières afin d'entraîner le pus, est faite toutes les quatre heures.

Le cinquième jour, la rougeur et le chémosis avaient diminué tellement, et la suppuration était si peu abondante, que M. Gosselin prescrivit trois injections alcoolisées seulement pour les vingt-quatre heures, et des lavages fréquents à l'eau froide dans les intervalles.

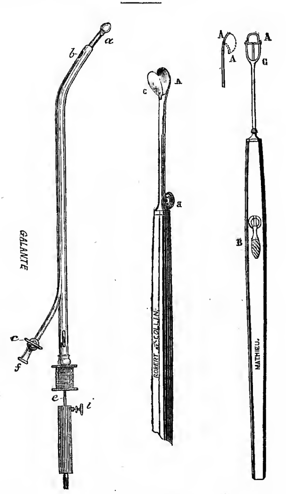
Le septième jour, il restait encore un peu de rougeur et de gonflement à la conjonctive palpébrale et sur le repli semi-lunaire. Les injections alcooliques furent cessées et remplacées par le collyre au sulfate de zinc et au laudanum.

Le quinzième jour, le malade voulut absolument partir, quoiqu'il eût encore un boursouflement rouge du repli semi-lunaire. La cornée et la chambre antérieure continuaient à ne présenter aucune lésion : la conjonctive était saine sur les autres points.

L'autre malade est un homme de trente-huit ans, qui avait une blennorrhagie depuis trois semaines, et qui, sans pouvoir donner de renseignements sur son inoculation, avait senti ses deux yeux devenir malades depuis trois jours. Des deux côtés les paupières étaient rouges et gonflées; la conjonctive oculaire était rouge et chémosique; la surface des yeux était couverte de muco-pus assez abondant; les

douleurs étaient vives; les cornées étaient transparentes.

Le même traitement que sur le précédent malade fut institué, savoir, le premier et le second jour, injection d'alcool par moitié, toutes les deux heures, dans les deux yeux; le troisième et le quatrième jour, injection toutes les quatre heures; les cinquième, sixième, septième et huitième jours, trois injections par vingt-quatre heures; les jours suivants, collyre au sulfate de zinc, lunettes bleues et continuation de l'opiat de copahu et de cubèbe. — Nous avons eu ceci de particulier, qu'après la disparition de la suppuration et du chémosis, les deux cornées ont présenté quelques ulcérations superficielles qui n'ont pas été de longue durée, et n'ont laissé ni staphylome ni leucoma. En somme, ce malade a évité la suppuration des cornées, cette conséquence si fréquente et si grave de l'ophthalmie blennorrhagique.



Porte-caustique uréthral. Curette-pince. Curette articulée.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Nouveau porte-caustique uréthral. M. Galante présente à l'Académie un nouveau porte-caustique uréthral fait à la demande et sur les indications de M. Demarquay.

Cet instrument est composé, comme celui de Lallement, d'une cuvette destinée à recevoir le nitrate d'argent fondu, et d'une chaîne de Vaucanson, qui la fait mouvoir; à celui de M. Demarquay est ajoutée une petite sonde à robinet, grâce à laquelle on détermine nettement, par l'issue de l'urine, si on a pénétré dans la vessie; on peut donc, au moyen de cette modification, cautériser seulement la portion du col vésical ou de la cavité prostatique que l'on veut cautériser, et faire ensuite une injection d'eau fraîche ou tiède, pour enlever l'excès de caustique employé. (*Académie de médecine.*)

Curette-pince pour l'extraction des cataractes. M. le docteur Lanne présente à l'Académie une curette-pince pour l'extraction des cataractes.

Cet instrument, qui a été fabriqué par MM. Roberts et Collin, est composé : 1° d'une curette fixe *A* ressemblant à celle de Critchett par les dimensions et la forme; 2° d'une seconde curette mobile *C*, que l'on fait mouvoir au moyen d'un bouton *B*.

Voici comment on doit procéder pour extraire le cristallin à l'aide de la curette-pince :

L'instrument est introduit fermé dans la chambre antérieure par l'incision faite à la cornée; arrivé près du bord de la pupille, on écarte les curettes en imprimant un mouvement au bouton *B*; à l'aide du doigt médius, on fait passer la curette *A* en arrière du cristallin en attirant légèrement le bouton, la curette mobile vient s'appliquer sur la partie antérieure du cristallin qui, se trouvant parfaitement saisi, est extrait en même temps que l'instrument. (*Académie de médecine.*)

Curette articulée pour l'extraction du cristallin. M. Mathieu présente une modification qu'il a fait subir à la curette articulée pour l'extraction du cristallin, présentée à la séance de l'Académie du 27 novembre dernier.

Cette modification consiste à rendre mobile l'extrémité de l'instrument et à agir à l'instar de la curette articulée. Une fois le cristallin franchi en arrière, l'extrémité mobile de l'anneau se replie sur lui-même et vient s'appuyer contre le cristallin, de façon à l'entraîner au dehors alors que l'opérateur retire l'instrument.

VARIÉTÉS.

Par décret en date du 21 décembre 1866, l'Empereur, sur la proposition du maréchal ministre de la guerre, a promu dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur les médecins dont les noms suivent :

Au grade d'officier : MM. Darmandieu et Ridzeck, médecins-majors de 1re classe.

Au grade de chevalier : MM. Hestaut, médecin-major de 1re classe. — Paret et Delcominète, médecins-majors de 2e classe. — Chalet, pharmacien-major de 2e classe.

Par décret en date du 29 décembre, ont été nommés ou promus dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Lalluyeaux d'Ormay, Cotholendy, médecins principaux de la marine.

Au grade de chevalier : MM. Mery, Martialis (Mérault), Jacolot, Marion, médecins de 1re classe de la marine; Lignières, médecin de 2e classe; Bories, pharmacien de 1re classe, et Sigalloux, pharmacien de 2e classe de la marine.

Par décret en date du 9 janvier 1867, M. Laveran, médecin principal de 1re classe, a été nommé au grade de médecin inspecteur dans le corps de santé de l'armée de terre.

M. Thune, médecin de colonisation, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Ont été nommés :

Au grade de médecin principal de 1re classe: MM. Varlet (Auguste-Eugène), médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire de Valenciennes; Dussourt (Charles-François), médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire de Versailles; Boudier (François-Martin), médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire du Gros-Caillou.

Au grade de médecin principal de 2e classe : MM. Blanvillain (Edouard), médecin-major de 1re classe de l'hôpital militaire de Rennes; Vincent (Martin-Antoine), médecin-major de 1re classe des hôpitaux de la division d'Alger; Trudeau, (Alexandre), médecin-major de 1re classe à l'Ecole impériale de cavalerie.

A l'occasion du 1er janvier, S. Exc. le ministre de l'instruction publique a nommé :

Officiers de l'instruction publique : MM. Courty, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier; Bertolus, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille.

Officiers d'Académie : MM. Fonssagrives et Rouget, professeurs à la Faculté de médecine de Montpellier; Joire, professeur à l'Ecole de médecine de Lille; Lepetit, professeur à l'Ecole de médecine de Caen; Oré, professeur à l'Ecole de médecine de Bordeaux; Seux, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille; Tessier, professeur à l'Ecole de médecine de Lyon; Reveilhe, médecin du lycée impérial de Nîmes; Degrusse, médecin du lycée du Prince-Impérial; Roch, médecin du collège d'Alais.

Le concours pour les prix de l'internat s'est terminé comme il suit :

Première division (internes de 3e et 4e années) : Prix, médaille d'or, M. Lannelongue. — Accessit, médaille d'argent, M. Hayem. — Première mention, MM. Delens et Ledentu. — Deuxième mention, MM. Bouchard et Terrier.

Deuxième division (internes de 1re et 2e années) : Prix, médaille d'argent, M. Dieulafoy. — Accessit, livres, M. Lafaurie. — Première mention, MM. Lépine et Pilate. —Deuxième mention, MM. Landrieux, Lediberder et Noyet.

Le concours de l'internat des hôpitaux de Paris vient de se terminer par les nominations suivantes :

MM. : 1. Le Teinturier, Hallopeau, Delbarre, Delfau, Atimont, Sautereau, Quingaud, Desplatz, Paul Hybord, Vaslin.

MM. : 11. Bourgeois (Ernest), Maurice, Bousseau, Derlon, Candellé, Alling, Charpentier, Felizet, Maurel, Michaud.

MM. : 21. Labory, Droin, Hybord (Albert), Behier, Saison (Constant), Foucault, Ancel, Berger, Magdelain, Raymond.

MM. : 31. Challier, Marchand, Legée, Blum, Bouchard, Bezard, Hallez, Holmes, Bottentuit.

Internes provisoires. — MM. : 1. Bax, Chaume, Calmettes, Culot, Labadie-Lagrave, Huchard, Bassereau, Casteran, Luchard, Raingeard.

MM. : 11. Dumaz, Langlet, Depelchen, Guignard, Jouffoy, Nandier, Ducastel (René), Pouliot, Lagrelette, Fortin.

MM. : 21. Bazin, Renault (Charles), Renault (Alexandre), Meumier, Girard, Demeules.

Le mouvement qui suit a eu lieu dans les hôpitaux de Paris :

MM. Tardieu et Moissenet passent de Lariboisière à l'Hôtel-Dieu.

M. Bourdon, de la Maison de santé, et M. Pidoux, de Lariboisière, passent à la Charité.

MM. Boucher de la Ville-Jossy, Richard (Xavier), de Saint-Antoine, et Gallard, de la Pitié. passent à Lariboisière..

MM. Jaccoud, de Lourcine, et Laboulbène, de Sainte-Périne, passent à Saint-Antoine.

M. Vidal, des Enfants malades, passe à Saint-Louis.

M. Chauffard, des Enfants malades, passe à la Maison de santé.

MM. Bucquoy, de la Direction des nourrices, et Archambault, des Incurables-Hommes, passent aux Enfants malades.

M. Luys, de Larochefoucauld, passe à Lourcine.

Les médecins du Bureau central dont les noms suivent sont désignés : MM. Fauvel, pour l'Hôtel-Dieu; Parrod, pour les Nourrices; Besnier, pour Sainte-Périne; Fournier, pour Larochefoucauld, et Desnos, pour les Incurables-Femmes.

Pour les articles non signés. F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'opportunité dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu;

Par le docteur MAROTTE, médecin de l'hôpital de la Pitié.

(Lecture faite à l'Académie impériale de médecine, le 18 décembre 1866.)

On ne guérit pas les maladies avec des médicaments, mais avec des méthodes thérapeutiques. Tel est le précepte que m'a inculqué un de mes anciens maîtres dans les hôpitaux, et dont j'ai pu constater depuis la féconde vérité. Déterminer les indications avec certitude et précision; n'administrer les agents thérapeutiques qu'autant qu'ils sont utiles, au moment précis où ils le sont et dans la mesure nécessaire quant à la quantité et la durée, est, en effet, l'idéal de l'art médical.

Je vais essayer une application sommaire de ce précepte au traitement du rhumatisme articulaire aigu.

Le rhumatisme est une maladie spéciale, et, comme tel, il est plus spécialement influencé par certains médicaments : je citerai le nitre, le quinquina, le colchique. Mais l'action curative de ces agents n'est ni fatale ni nécessaire ; elle est soumise à des conditions, et elle ne suffit pas toujours seule à la guérison. En un mot, on guérit le rhumatisme, comme les autres maladies, en remplissant les indications qui se présentent dans son cours, et non par l'administration de moyens empiriques.

Il est toutefois peu de maladies où le choix et l'opportunité des médications soient plus difficiles à saisir. Ces difficultés résultent, en premier lieu, de l'essence même de la maladie. Elle pénètre l'économie à d'inégales profondeurs, depuis le rhumatisme accidentel et passager, jusqu'à la diathèse constituée et transmissible par hérédité. Il est en outre peu de maladies qui soient plus facilement et plus diversement modifiées par les circonstances extérieures et particulièrement par les constitutions médicales.

Des difficultés d'un autre genre tiennent à l'esprit qui a présidé à l'étude des médications opposées au rhumatisme. Beaucoup d'auteurs, le considérant non pas comme une maladie spéciale, mais comme une maladie en quelque sorte spécifique, comme une unité morbide invariable, ont expérimenté et conseillé les

médications les mieux éprouvées, d'une manière absolue, sans tenir compte des changements apportés par la prédisposition, la diathèse, la constitution médicale, sans s'inquiéter si chacun des modes pathologiques qui en résultaient ne demandait pas des modifications correspondantes dans le choix des médicaments. On ne peut s'expliquer autrement les appréciations différentes formulées par des médecins également recommandables, et souvent par le même auteur à des époques diverses de sa carrière médicale. C'est pour cela que les éphémérides, telles que celles de Storck, de Mertens, Stoll, Huxham et d'autres encore, sont plus fécondes en enseignements utiles que les traités didactiques, les réalités cliniques de la pathologie étant la seule base certaine de toute bonne thérapeutique.—Avant d'entrer en matière, il est bien entendu que le rhumatisme est soumis aux indications communes à toutes les maladies. La pléthore, l'embarras gastrique, la constipation, le délire ébrieux et toute autre complication analogue seront combattus selon l'occurrence. Nous n'avons pas à nous en occuper ici. Nous parlerons uniquement des formes morbides et des complications plus fondamentales qui peuvent contre-indiquer, retarder, modifier les médications qui s'adressent directement à lui.

Nous avons dit que le rhumatisme envahissait l'organisme à d'inégales profondeurs. Quelle distance, que de degrés séparent, en effet, la synoque rhumatismale de cet enfant de seize ans qui entra dans mon service, et dont la maladie parcourut toutes ses périodes dans l'espace exact d'un septenaire, après avoir présenté des épistaxis aux troisième, cinquième et septième jours; ou bien encore ces fièvres rhumatismales à courte durée, mais moins exactement circonscrites, simples rhumes des articulations n'attaquant souvent le même sujet qu'une fois dans sa vie, et toujours sous l'influence de causes exceptionnelles, quelle distance, que de degrés, dis-je, les séparent des dix-sept attaques subies par un homme que vous avez tous aimé, mon vénéré maître, M. Honoré, qui resta, dans leur intervalle, exposé à toutes les misères de la diathèse rhumatismale !

A ces deux extrémités de l'échelle, l'observateur sera peut-être conduit à la même conclusion thérapeutique, à l'expectation, ou du moins à une médication peu active. « Si le pouls n'est ni très-élevé ni très-fébrile, dit Storck (*Annuo median*, 1758), les infusions légèrement aromatiques, bues en grande abondance, provoquent la sueur, et par ce procédé j'ai guéri ce genre de malades. »

C'est dans les cas de cette espèce que toutes les médications dites antirhumatismales comptent de nombreux succès.

L'expectation était aussi le résultat auquel avait abouti l'expérience de M. Honoré. Après avoir poursuivi ses premières attaques par des médications énergiques, saignées répétées, sel de nitre, colchique, il s'était d'abord restreint à une saignée au début et à l'usage du petit-lait, selon la seconde manière de Sydenham; puis enfin aux seules boissons délayantes. Qu'elle ait été activement traitée ou laissée à ses allures naturelles, chaque attaque durait à peu de chose près le même temps, avec cet avantage du côté de la méthode expectante, qu'en épuisant moins le malade, elle rendait la convalescence moins longue et moins pénible.

Je ne prétends pas imposer, par cet exemple, l'interdiction absolue des agents thérapeutiques dans tous les rhumatismes diathétiques, mais une sage réserve dans l'emploi des médications puissamment altérantes; en un mot, la nécessité de leur associer ce que Barthez appelait la méthode naturelle, c'est-à-dire de tenir compte de la marche naturelle du rhumatisme que l'on traite, si l'on ne veut pas épuiser le malade ou l'empoisonner plutôt que le guérir.

Pour n'être pas aussi puissante que dans le cas de rhumatisme tout individuel que je viens de citer, l'intensité de l'imprégnation rhumatismale ne se fait pas moins sentir dans les épidémies de rhumatisme articulaire aigu. Ainsi, dans l'épidémie de 1758, décrite par Storck, la plupart des malades, saisis tout à coup par le froid, étaient pris de lésions articulaires la plupart du temps erratiques. Mais ceux qui habitaient des lieux humides et souterrains, ou qui passaient leurs journées dans des logements exposés à tous les vents, qui vendaient du vin dans des celliers, conditions propres à développer la diathèse rhumatismale, ceux-là, dis-je, étaient plus difficiles à guérir: « *arthritide longè pertinaciori officiebantur.* » Cette ténacité du rhumatisme articulaire aigu s'observe encore lorsqu'une constitution froide et humide a régné longtemps avant l'apparition des variations brusques de température qui en provoquent l'explosion, et a pu créer, même chez les individus les moins prédisposés, ce que Stoll appelait une diathèse transitoire.

Dans ces conditions, l'expérience apprend à ne pas violenter le rhumatisme articulaire aigu, à ne pas tenter d'abréger sa durée, d'autorité et par des médications énergiques. Si l'on jugule quelquefois ses attaques, c'est dans de rares exceptions et lorsqu'elles

sont prises au début. Ce sont des occasions dont il faut profiter, sans les établir en lois.

Les constitutions médicales n'influent pas seulement sur la durée et la ténacité du rhumatisme articulaire, elles lui impriment des modifications bien plus importantes à connaître pour le choix des méthodes et des agents thérapeutiques.

Chaque épidémie de rhumatisme, petite ou grande, tout en présentant des traits communs, a sa physionomie propre : la clinique apprend seule à saisir les caractères et les nuances, à particulariser, à individualiser la thérapeutique. Je n'ai ni la volonté ni le pouvoir de retracer toutes les variétés du rhumatisme articulaire ; je me contenterai de donner des types auxquels on puisse les rattacher.

Les auteurs des deux derniers siècles avaient remarqué qu'au milieu des manifestations et des localisations diverses des maladies, on observait, soit dans des cas isolés, mais plus souvent pendant ou après le règne de certaines constitutions atmosphériques, un mode de réaction identique, une physionomie commune dont ils avaient fait le fond des maladies. Ils admettaient des fièvres cardinales qui soumettaient les maladies régnantes à leur empire. Sur cette donnée repose la pyrétologie de Selle, fausse en ce sens qu'elle ne se fondait pas sur les caractères essentiels, mais utile par les indications thérapeutiques qu'elle donne. La fièvre régnante est, en effet, un facteur qu'il faut souvent combattre ou éliminer, avant de pouvoir attaquer la maladie qu'elle complique par des moyens plus appropriés à sa nature.

L'histoire clinique du rhumatisme articulaire aigu est pleine d'exemples qui prouvent ce que j'avance. Je n'entends pas prendre la responsabilité des théories et des noms employés par nos prédécesseurs ; il me suffit que ces théories et ces noms répondent à des réalités morbides.

La pléthore, la fièvre inflammatoire et des inflammations locales franches ne sont pas le caractère habituel du rhumatisme articulaire aigu ; il peut cependant le revêtir dans des cas isolés, ou plus habituellement dans certaines constitutions médicales.

Cette forme se reconnaît à la plénitude, à la dureté du pouls, qui n'y prend jamais une extrême fréquence. Les paroxysmes du soir et les rémissions du matin s'y rencontrent comme dans toutes les fièvres rhumatismales, mais à peine marqués ; la fièvre a les allures de la continuité. Les fluxions articulaires se rapprochent par leurs symptômes des inflammations idiopathiques. La rougeur, la tension et le volume de l'articulation tiennent autant à l'engorge-

ment de tissus péri-articulaires qu'à l'épanchement. Elles n'ont pas enfin, soit dans leurs déplacements, soit dans leurs variations de volume, la mobilité qui est un des signes du rhumatisme articulaire aigu. Tels sont les caractères sommaires de la fièvre rhumatismale inflammatoire.

J'ai rencontré dans ma pratique nosocomiale une cuisinière de quarante-cinq ans, chez laquelle la nature rhumatismale des symptômes était encore plus effacée. Elle n'eut de cette maladie que la multiplicité des localisations : une articulation radio-carpienne, un genou et le péricarde se prirent sous l'influence d'un refroidissement puissant subit, le corps étant en sueur. Préparant un grand dîner et suffoquée par la température multipliée des fourneaux et d'un mois d'août très-chaud, elle avait laissé portes et fenêtres ouvertes. La mobilité manqua à ces trois localisations, qui présentèrent les symptômes de trois inflammations franches et intenses, et cédèrent à des évacuations sanguines locales.

A cette forme de fièvre convient la médication antiphlogistique et plus spécialement la saignée répétée selon les indications individuelles, saignée à laquelle on associe, selon la nécessité, les évacuations sanguines locales. Le nitre à haute dose y trouve aussi son indication, mais il n'y déploie habituellement son efficacité que lorsque la saignée a produit la déplétion, à laquelle il ne peut satisfaire ni aussi vite, ni aussi sûrement. Si je ne redoutais pas l'action profondément altérante de la médication mercurielle à haute dose et ses suites, dans une maladie qui, en somme, est rarement mortelle, c'est dans cette forme que je la conseillerais.

Au rhumatisme inflammatoire, j'opposerai celui que Duringe a désigné sous le nom de *nerveux*, avec les auteurs de la fin du dix-huitième et du commencement du dix-neuvième siècle.

La chaleur de la peau est vive, la fièvre intense, les articulations sont gonflées et très-douloureuses ; mais là s'arrête la ressemblance. Tandis que le pouls ne dépassait pas 90 à 100 dans la forme inflammatoire, il atteint 110, 120, dans le rhumatisme nerveux; le pouls y est plus fort, plus vibrant, plus développé, mais sans plénitude et sans dureté, conditions que les recherches modernes nous ont démontré dépendre d'une faible tension vasculaire. Les paroxysmes y sont beaucoup plus marqués, les articulations plus douloureuses, et cependant la mobilité y est remarquable. Il existe, en un mot, les signes d'un éréthisme fébrile intense, mais qui n'a pas de racines dans la plasticité du sang et la plénitude des vaisseaux. Si la saignée est quelquefois indiquée, c'est passagèrement et pour en obtenir l'action sédative. Le nitre, et surtout l'aconit à haute dose, le

camphre, l'opium, selon les cas, y sont beaucoup plus efficaces.

L'histoire du rhumatisme articulaire se confond avec celle des affections catarrhales : étiologie, génie, marche, traitement, tout leur est commun, à quelques différences près. Le livre publié par le professeur Furster en multiplie les preuves. Les bornes imposées à cette lecture ne me permettent pas de passer en revue les variétés de la fièvre catarrho-rhumatismale. Je me contenterai donc de signaler la prédominance durable ou passagère que peuvent y prendre, ensemble ou successivement, l'élément inflammatoire, l'élément nerveux ou les diacrises, que celles-ci aient lieu vers les muqueuses ou vers la peau. De là l'indication prédominante, simultanée ou successive, dans une juste proportion et en temps opportun, des antiphlogistiques, saignées modérées, nitre; des stupéfiants, de l'opium surtout; des vomitifs et des purgatifs; des sudorifiques, acétate d'ammoniaque, poudre de Dower, poudre de James, et, vers la fin, bains de vapeur ou bains sulfureux. La circonstance sur laquelle je veux insister est la marche paroxystique habituelle à la fièvre catarrho-rhumatismale. Tantôt les exacerbations consistent seulement dans une augmentation de tous les symptômes, le soir et pendant la nuit. C'est alors que se produisent de préférence les changements de localisations. Plus souvent ces exacerbations, par la régularité de leurs retours, de leur intensité, de leur durée, se rapprochent de véritables accès. Il y a des formes où cette ressemblance devient de la similitude, soit dès le début de la maladie, soit à son déclin. Le frisson, les sueurs, les urines sédimenteuses, rien n'y manque. Eh bien, cette ressemblance n'est point trompeuse quant à l'indication qu'elle fournit. S'il n'existe pas d'élément inflammatoire, ou s'il a été convenablement combattu; si l'éréthysme fébrile n'est pas excessif; si le médecin a dissipé par des évacuants l'élément diacritique des muqueuses, le quinquina et plus spécialement le sulfate de quinine est indiqué, et il réussit d'autant mieux que la ressemblance est plus complète entre la fièvre catarrho-rhumatismale et les accès de fièvres intermittentes.

Je citerai pour exemple un malade qui me fit appeler au huitième jour d'un rhumatisme articulaire fébrile. Il éprouvait régulièrement, à six heures du soir, un frisson suivi de fièvre assez intense qui durait jusqu'à quatre heures du matin, où commençait une sueur abondante qui cessait elle-même à six heures. Pendant cet accès, une névralgie intercostale reparaissait et les localisations articulaires changeaient de place. Elles restaient fixes et beaucoup moins douloureuses dans leur nouveau siége toute la journée. L'em-

ploi du sulfate de quinine à 1 gramme, pendant trois jours et durant l'apyrexie, amena une convalescence prompte et durable.

L'opinion que j'émets ici n'est pas une idée préconçue; elle résulte de l'observation clinique et du dépouillement des documents qui existent sur l'emploi du sulfate de quinine. C'est comme antipériodique qu'il est entré dans le traitement du rhumatisme. C'est dans les fièvres rhumatismales à marche continue, rémittente, qu'il réussit le mieux; ces caractères se retrouvent dans les documents qui vantent son efficacité, souvent même à l'insu des observateurs. Lorsque le sulfate de quinine a été employé sans résultat marqué, c'est-à-dire à doses élevées et trop longtemps pour qu'on puisse lui attribuer une part sérieuse dans la guérison, ces caractères sont remplacés par ceux de la forme inflammatoire simple ou catarrhale inflammatoire.

Dans un certain nombre de cas particuliers d'épidémies, le changement de traitement a servi de contre-épreuve. On voit des auteurs qui avaient de la prédilection pour le sulfate de quinine y renoncer à cause de son inefficacité notoire, et guérir les mêmes malades et les rhumatismes de la même époque en les traitant d'une autre façon.

Ces indications ne sont pas les seules que trouvent le sulfate de quinine et ses succédanés, nitro, colchique, dans le traitement du rhumatisme, mais j'y reviendrai plus loin.

La fièvre rhumatismale bilieuse est la plus rare des formes fébriles du rhumatisme articulaire aigu, les conditions météorologiques propres à créer cette complication se trouvant rarement réunies; mais elle n'est pas moins réelle pour cela. Quelquefois sporadique, elle se présente plutôt sous forme épidémique. J'ai eu à traiter, il y a une dizaine d'années, à la Pitié, un certain nombre de rhumatismes articulaires fébriles, accompagnés des phénomènes généraux et gastro-intestinaux de la fièvre bilieuse, qui ont cédé, en dix à quinze jours au plus, à l'emploi suivi de la méthode évacuante.

Dans ces cas, les symptômes bilieux ne sont pas seuls à céder; les douleurs et les gonflements articulaires eux-mêmes s'amoindrissent ou disparaissent par l'effet de la contre-fluxion exercée sur le tube digestif, disposé à lui obéir par la diacrise dont il est le siége.

Je ne tiens, je l'ai déjà dit, ni à la théorie de Stoll, ni à sa terminologie; je constate des faits. Stoll lui-même a été conduit par l'observation à reconnaître cette forme morbide; car ce n'est qu'a-

près avoir largement mais inutilement usé sans succès de la saignée sur une des deux jeunes filles qu'il cite en exemple, qu'il a eu recours à la médication évacuante. J'ajouterai, avec cet éminent observateur, que les évacuants ne doivent pas être administrés trop largement et trop longtemps. L'état bilieux ayant des racines inégalement profondes, depuis le simple embarras gastrique jusqu'à la fièvre bilieuse la mieux caractérisée et la plus intense, la médication doit être proportionnée à ces degrés, et il ne faut jamais oublier qu'il est de l'essence du rhumatisme de se juger par les sécrétions cutanées.

En tout cas, que la fièvre bilieuse soit intimement mariée avec l'état rhumatismal ou qu'elle n'en constitue qu'une complication importante, la médication la mieux appropriée à la nature du rhumatisme échoue tant que l'état bilieux persiste; il faut l'écarter pour arriver à la médication antirhumatismale, si elle est encore nécessaire.

La fièvre rhumatismale peut enfin revêtir la forme adynamique, — j'en ai un exemple dans mes salles,— ou ataxo-adynamique. Il y a quelques années, une thèse a été soutenue à l'Ecole de Paris, sur cette forme typhique du rhumatisme, qui doit être traitée comme toutes les maladies accompagnées de ce mode de réaction. C'est alors que sont indiqués le vin, le quinquina, préférable au sulfate de quinine, et tous les toniques ; le camphre, la valériane, le musc, et enfin les boissons alimentaires, et même les aliments. Ces prescriptions sont trop élémentaires pour que j'y insiste.

A côté des types principaux que je viens d'esquisser, se rencontrent des cas nombreux sans physionomie accentuée ou qui, la perdant rapidement, viennent se confondre dans un type commun, que j'appellerais volontiers le type rhumatismal vulgaire. Les formes plus caractérisées viennent souvent s'y fondre dans leur dernière période. Dans cette triple condition, on peut utiliser les agents dont l'action spéciale sur le rhumatisme est incontestable. Le nitre à haute dose, le sulfate de quinine, la vératrine, procurent des guérisons à eux seuls, ou y contribuent pour une bonne part. Le choix de l'un préférablement à l'autre repose sur l'intensité du rhumatisme, la constitution et le tempérament du sujet, la saison et le genre des maladies régnantes. Le nitre m'a paru toutefois devoir être banni du traitement des rhumatismes arrivant à leur fin. La vératrine et le quinquina sont préférables pour arrêter franchement les rhumatismes qui tendent à s'éteruiser à l'état subaigu ou à passer à l'état chronique.

Ce que nous avons dit sur la tendance du rhumatisme à se juger par la peau, sur la nécessité de rétablir les fonctions du tégument pour enlever les reliquats de la maladie, prévenir les récidives ou le passage à la chronicité, conduit à l'usage des bains de vapeur et des bains sulfureux dans un grand nombre de rhumatismes articulaires; mais il ne faut les mettre en usage qu'au moment où la fièvre rhumatismale est épuisée. Employés prématurément, ils peuvent raviver la fièvre, les douleurs et le gonflement des articulations.

Pour compléter ce travail, il me resterait à parler des médications locales dirigées contre les poussées articulaires et viscérales; mais je craindrais de fatiguer l'attention de l'Académie. Je me contenterai de résumer mon travail dans les propositions suivantes :

Le rhumatisme articulaire aigu, comme toutes variétés de rhumatisme, est une maladie spéciale, mais non pas spécifique.

Comme tel, il est plus habituellement et plus facilement influencé par certains médicaments.

La profondeur variable à laquelle il pénètre l'organisme, les modifications que lui impriment les circonstances extérieures et plus spécialement les constitutions médicales, ramènent son traitement aux lois générales de la thérapeutique.

On y trouve, comme dans les autres maladies, des indications communes, individuelles ou transitoires, des modes pathologiques plus ou moins étrangers à sa nature, inflammatoire, nerveux, bilieux, typhique, mais qui ont une telle importance qu'il est nécessaire de les combattre, pour assurer l'efficacité du traitement spécial. Ces modes pathologiques exercent aussi une influence sur le choix de la médication antirhumatismale proprement dite.

Les médications spéciales trouvent principalement leur indication dans les cas à physionomie vulgaire et dans les autres variétés, lorsqu'elles ont perdu leur physionomie spéciale; enfin, pour terminer franchement la maladie et l'empêcher de passer à l'état chronique.

Les bains de vapeur et les bains sulfureux ne doivent être mis en usage, règle générale, qu'au moment où la fièvre rhumatismale est épuisée, sous peine de voir le mouvement fébrile et les localisations articulaires se raviver.

Du traitement des fièvres d'Algérie par les injections hypodermiques de sulfate de quinine [1];

Par Jules ARNOULD, médecin-major à l'hôpital militaire de Constantine, ancien agrégé du Val-de-Grâce.

C. La troisième catégorie de malades est constituée par trente-huit cas de fièvres graves, appartenant essentiellement à la saison chaude et dépendant d'une grande famille de pyrexies qui forme à elle seule le caractère propre de l'endémo-épidémie fébrile algérienne.

Comment les nommer, ces fièvres? Elles ont été assurément plusieurs fois et très-bien décrites par nos prédécesseurs sur ce terrain pathologique si riche: cependant les désignations sous lesquelles on les a fait connaître ont été toutes incriminées, et il faut reconnaître qu'en effet elles n'étaient pas sans reproche. Les termes de fièvres *rémittentes, continues* et *pseudo-continues* ne reposent que sur un accident de modalité, insuffisant à légitimer la création d'un type, ainsi que le fait observer M. Dutroulau [2]. L'appellation de fièvre *bilieuse* n'est peut-être due qu'à une observation incomplète, car les troubles de la sécrétion biliaire sont vraisemblablement secondaires de l'altération du sang, comme le pense M. Vital, médecin en chef de la division de Constantine. D'ailleurs, rien n'est plus propre que ce terme de *bilieuse* à engendrer la confusion entre des maladies notablement distinctes, ainsi que le prouve l'état actuel de la pathologie exotique relative aux fièvres et les efforts faits par les maîtres pour apporter la lumière dans ce chaos [3]. De plus, les fièvres d'Algérie auxquelles je fais allusion ne sont pas marquées d'un cachet de *biliosité* aussi prononcé que les fièvres décrites sous le nom de bilieuses par les médecins de marine et quelques médecins de Paris [4].

Je dirai, en modifiant le mot de Baglivi : *Scribo in aere Africano.* Je parle de fièvres qui se montrent en grand nombre en Algérie pendant la saison chaude, qui débutent quelquefois par un frisson, mais peuvent n'en avoir présenté à aucune période ; qui

---

[1] Suite, voir la précédente livraison, p. 14.

[2] Dutroulau, *Traité des maladies des Européens dans les pays chauds.* Paris, 1861, p. 157.

[3] Monneret, *Traité élémentaire de pathologie interne.* Paris, 1866, t. III, p. 248 et suiv.

[4] V. Laveran, *Relation d'une petite épidémie de fièvre rémittente bilieuse* (*Gazette hebdomadaire,* 1865).

tiennent le malade constamment, jour et nuit, dans l'état de *fièvre chaude*, à partir des premiers jours de l'invasion, pour les laisser plus tard avec une tendance au refroidissement, le pouls restant accéléré. Tantôt, on peut observer ou apprendre du malade qu'à un certain moment de la journée le malaise est moins intense, la fièvre moins pénible (rémittence) ; tantôt il est impossible de surprendre une diminution quelconque dans l'intensité de l'appareil fébrile (continuité).

Cette légère différence ne doit pas nous faire séparer en deux groupes ces fièvres, qui se ressemblent par tant d'autres points. Toutes, elles ont de commun la durabilité de l'état de pyrexie, la gravité de ses manifestations, l'accompagnement de perturbations sérieuses survenues dans le fonctionnement des grands appareils, parmi lesquels le système digestif tient le premier rang. Dans leur étiologie, il faut admettre quelque autre chose que l'hypothèse du miasme palustre : non pas que je veuille attenter à cette induction du miasme marématique, une des plus rationnelles que possède la médecine; mais une cause, même palpable, étant posée, elle peut différer dans ses effets selon les conditions du sol, du climat, de l'état atmosphérique, etc., agents puissants, à coup sûr, et dont nous soupçonnons à peine le mode d'agir, pour les neuf dixièmes de la pathologie. Quant à leur traitement, ce sont toujours des fièvres à quinquina, ainsi que M. Maillot [1] l'a mis hors de doute pour les fièvres d'Algérie, et comme l'affirme M. Dutroulau pour la fièvre bilieuse des Antilles. Mais, sans admettre l'association et la superposition morbide qu'y ont voulu voir quelques auteurs (Félix Jacquot), il est incontestable que nos fièvres continues d'Algérie présentent d'autres indications thérapeutiques que celle de l'administration du spécifique antipalustre et que, souvent, la nécessité d'agir sur tel ou tel appareil, l'estomac surtout, semble primer toute autre indication et ressortir presque seule du tableau symptomatique. Comme dernier caractère, les fièvres dont je parle, toujours sévères, tendent à la perniciosité, si tant est que les fièvres pernicieuses soient celles qui conduisent, par elles-mêmes, le malade au tombeau.

Revenant au traitement qui est ici notre point de vue essentiel, nous savons qu'il faut administrer contre ces fièvres, le plus vite et le mieux possible, d'une part le spécifique, d'autre part

---

[1] Maillot, *Traité des fièvres ou irritations cérébro-spinales intermittentes*. Paris, 1836.

les remèdes adaptés aux manifestations symptomatiques particulières à ces cas. Pour remplir cette seconde indication, on purgeait au temps de Sydenham, on saignait beaucoup vers 1830. Aujourd'hui, on a recours aux évacuants et tout particulièrement au vomitif. Fondée ou non sur une théorie suffisante, la pratique de notre époque me semble avoir d'assez bons résultats.

Voici, je pense, ce que l'on attend du vomitif : 1° une modification de l'état des muqueuses des premières voies et de la nature de leur sécrétion ; la désobstruction du foie et la régularisation de la circulation biliaire ; le tout préparant l'absorption du sulfate de quinine, si on l'adresse à l'estomac ; 2° une secousse, une perturbation opportune à l'état actuel de l'économie, amenant tout d'abord la sédation du mouvement circulatoire et la diminution de la chaleur. Parmi ces résultats, il en est que l'administration hypodermique du sulfate de quinine peut faire négliger : ainsi, l'on n'a pas besoin de préparer les surfaces absorbantes : on peut s'en rapporter encore au sulfate de quinine comme agent d'hyposthénisation. Mais l'expérience démontre que, même avec la méthode des injections, le vomitif est un adjuvant des plus énergiques, et que l'on perdrait, à vouloir s'en passer, un temps considérable dans la curation des fièvres de la saison chaude. J'ai dit ailleurs que j'avais essayé d'abord d'épargner à mes malades ce début du traitement, au premier abord fatigant et pénible : dans cette troisième série, cela n'a plus été possible. Lorsque le sulfate de quinine était administré seul, en injections, on ne tardait pas à voir le pouls diminuer de fréquence, la température s'abaisser : il était évident que le médicament spécifique avait agi sur l'intoxication spécifique. Mais il restait au malade du mal de tête, de l'inappétence, un malaise général, de l'abattement, et il fallait finir par où l'on aurait dû commencer, en donnant un vomitif qui emportait avec la saburre de la langue les restes de la maladie. Il importait, pour l'appréciation de ce qui va suivre, d'avoir fixé ce point particulier.

Trente-huit fièvres rémittentes ou continues, présentant les caractères d'origine et d'allures indiqués ci-dessus, ont été traitées par les injections sous-cutanées de sulfate de quinine, au moins dans le moment où la maladie revêtait les traits de la période d'état. Le succès a été constant.

Au point de vue de la rapidité de l'action thérapeutique, les faits signalés à propos de la série précédente se sont reproduits. Dans quatre observations, la première injection étant pratiquée, en pleine fièvre, à huit heures du matin, les symptômes fébriles n'avaient

encore rien perdu de leur intensité à trois heures du soir, c'est-à-dire après sept heures. Quatorze fois, la sédation s'est produite dans l'intervalle de la contre-visite de la veille à la visite du lendemain matin, laps de temps qui représente seize à dix-sept heures. Le plus souvent, la sédation ne faisait que commencer après un pareil intervalle, et n'était franche, accompagnée d'un sentiment de bien-être, que plusieurs heures après la deuxième injection, c'est-à-dire entre la vingt-cinquième et la quarantième heure à partir du début du traitement. Cinq fois, la chute de l'appareil fébrile s'est fait attendre plus de quarante-huit heures; dans un de ces cas, le bien-être apparut aussitôt après l'administration d'un vomitif, sans qu'il fût nécessaire d'insister sur l'administration du sulfate de quinine.

Dans une observation, la fièvre, presque entièrement tombée dans les premières vingt-quatre heures, à la suite d'un vomitif et de deux injections, se releva dans les vingt-quatre heures suivantes, ce qui nécessita deux nouvelles doses hypodermiques.

Le cas que je vais rapporter en détail (Obs. IV, 71e de mon tableau) exprime à un haut degré la physionomie de nos fièvres continues palustres; il touchait évidemment à la perniciosité. C'est une forme de celles que l'on a appelées pernicieuses *typhoïdes*, bien que la dépression et le coma ne ressemblent pas précisément au typhisme. L'intensité et la ténacité des symptômes légitimaient, ce semble, des injections répétées et à hautes doses, en même temps que l'état des premières voies portait à avoir plus de confiance dans ce mode d'administration qu'en tout autre qui se serait adressé à l'estomac. La dépression du malade n'encourageait guère, d'ailleurs, l'emploi du vomitif; peut-être aurais-je dû recourir à un évacuant purgatif. Il faut noter la rémission qui se fit le matin du second jour, après deux injections, pour être suivie bientôt d'un retour formidable des accidents de la veille. On ne pensera pas que l'effet des premières injections ait été nul; on verra plutôt, dans cette recrudescence après sédation, la révélation du génie propre de l'intoxication spécifique, poussée ici à un haut degré et rappelant encore, par l'oscillation des symptômes, l'intermittence des cas moyens. Ce cas alarmant m'a entraîné à des doses hypodermiques extraordinaires et m'a fait, bien certainement, pour d'autres cas moins graves, exagérer la dépense du fébrifuge. Avec de l'habitude, on ne subit plus ces influences; mais, en pareille matière, on risque peu en étant prodigue, et l'on risque tout si l'on est parcimonieux.

Obs. IV (71e du tableau). Joulié, du 6e régiment de chasseurs,

vingt-trois ans, deux ans d'Afrique, du département de l'Aveyron. Entré le 11 juillet; malade depuis huit jours. Cet homme a été pris de malaise et de quelques frissons erratiques en revenant d'Alger par terre, avec des chevaux. A son arrivée, le 11, à trois heures du soir, il est dans un état comateux; il répond juste, mais il faut lui arracher les paroles; sueurs profuses, pouls à 112, température 40 degrés; langue brune, pâteuse; ventre normal : première injection de 4 décigrammes. A sept heures du soir, même jour, le pouls ni la température ne se sont abaissés : deuxième injection de 5 décigrammes. Le 12, matin, connaissance assez complète, parole plus facile; pas de sueurs; pouls à 96, température 39 degrés : troisième injection de 5 décigrammes. A trois heures du soir, état grave : 120 pulsations; température, 40°,5; 38 respirations; langue humide; deux selles involontaires non diarrhéiques; coma presque absolu : quatrième injection de 1 gramme. A sept heures du soir, même état : seize sangsues derrière les oreilles. Le 13, matin, 120 pulsations, 39 degrés de température, connaissance assez complète, langue sèche : cinquième injection de 5 décigrammes. A trois heures, même état; un peu moins de netteté dans la parole : sixième injection de 5 décigrammes. Le 14, matin, 96 pulsations, température 38 degrés, respiration très-calme, connaissance parfaite; selles volontaires, sueur. Le 15, 78 pulsations, peau fraîche, langue humide, respiration normale, abattement sans souffrance. Le 18, injection de 4 décigrammes, de précaution. Convalescence rapide. Le 22, ouverture d'un abcès au bras gauche; pus lié, avec quelques bulles de gaz. Le 4 août, céphalalgie et malaise, le soir. Le 5 août, 1 gramme de sulfate de quinine par la bouche. Le 9, céphalalgie, sueurs; les 10, 11, 12 août, 1 gramme de sulfate de quinine chaque jour. Part guéri le 14 août, avec deux indurations grosses comme la moitié d'une noix.

Faisons une dernière remarque. Il ressort de cette observation, et de quelques autres que l'espace ne me permet pas de transcrire ici, que les fièvres continues récidivent fréquemment, soit sous la même forme, soit, plus souvent, avec un type franchement intermittent. Ce fait me semble juger la nature de la maladie et mettre en évidence l'origine miasmatique de ces fièvres, qui relèvent, tout comme les intermittentes pures, de la diathèse acquise que M. Monneret appelle l'impaludisme.

D. Parmi les faits, au nombre de huit, dont j'ai cru devoir former la catégorie des fièvres pernicieuses, il en est qui peuvent laisser du doute, d'autres qui sont nettement caractérisés. L'incertitude du diagnostic pour les premiers et l'importance des seconds m'obligent à reproduire les traits essentiels de la physionomie de ces accidents.

Obs. V (65e du tableau). Escarvin, Italien, tailleur de pierre,

vingt-deux ans, six mois de séjour en Afrique. Entré le 5 juillet. Cet homme était indisposé depuis huit jours et éprouvait particulièrement une forte céphalalgie quotidienne, de midi à une heure. C'est un homme robuste, plein de santé jusque-là. Il résistait au malaise et continuait l'exercice de sa profession, hors de la ville, sur une route à mi-côte du ravin qui s'élève à l'ouest du Rummel, travaillant en plein air et quelquefois atteint par le soleil. Le 5 juillet, à trois heures du soir, il vient d'être apporté sans connaissance, dans une résolution musculaire très-complète aux membres, insensible, la face vultueuse, la peau rouge et chaude sur tout le corps, le pouls très-plein et très-fréquent, les dents serrées, la bouche pâteuse, la respiration fréquente et pénible. L'appel de son nom n'éveille aucun signe d'intelligence. Injection immédiate de 5 décigrammes ; sinapismes aux membres inférieurs. Une demi-heure après, la connaissance revient peu à peu ; deux heures après l'injection, elle est complète et le malade n'accuse que du mal de tête. Le 6, au matin, bon état, sauf la céphalalgie frontale : deuxième injection (3 décigrammes). Le 7, un ipéca stibié, en raison de l'état de la langue. Le 8, très-bon état : sulfate de quinine par la bouche, 8 décigrammes. Sort guéri le 10 juillet, sans autre accident local qu'une douleur passagère au bras droit qui a reçu la deuxième injection.

Ce qu'il faut surtout remarquer dans cette observation, c'est l'indisposition antérieure et la céphalalgie intermittente. L'état du malade, le 5, à son entrée, n'est en quelque sorte que l'exagération très-considérable et la prolongation de ce qu'il éprouvait dès midi, depuis huit jours. Sans cette circonstance, et eu égard aux conditions de milieu dans lesquelles vivait cet homme, on pourrait supposer que ces accidents ne sont autre chose que ce haut degré d'insolation que les Anglais nomment *heat apoplexy*. Dans mes huit cas pernicieux, il se trouve un militaire qui a présenté, à très-peu près, la même succession de symptômes et la même modification rapide d'un état grave. Il ne paraît pas que ce malade ait été sous une influence alcoolique, non plus qu'Escarvin. Je n'en rapporterai pas l'observation. Ce qui reste frappant dans ces deux cas, et même gênant pour le diagnostic, c'est le passage brusque d'une résolution comateuse, apoplectiforme, à une convalescence qui ne laisse plus aucune inquiétude. Le sulfate de quinine est-il vraiment capable d'opérer ces merveilles ?

Obs. VI (106e du tableau). Babylone, terrassier, né à Liége (Belgique), trente-huit ans, huit mois d'Afrique. Entré le 27 juillet. Malade depuis dix jours. Cet homme n'a jamais eu la fièvre : il éprouvait du malaise, de l'inappétence et se sentait affaibli. Il est venu seul à l'hôpital. A midi, le 27, il parlait et agissait. A deux heures, on le vit s'affaisser tout à coup, sans rien dire, la

figure grimaçante, les yeux convulsés. Je le vois à trois heures. 104 pulsations, température 40 degrés; peau chaude et sèche. L'intelligence paraît atteinte et, de plus, le malade ne peut rendre compte de ce qu'il comprend ou pense; à toutes mes questions, il répond : « Ma foi, oui. » La langue est tirée difficilement et se projette à droite. Sensibilité très-obtuse du côté droit du corps ; résolution musculaire incomplète des deux côtés. Respiration bruyante, ronflement de temps à autre. 1re injection de 6 décigr. — Il paraît qu'à deux heures du matin, le malade parlait en toute connaissance. — Le 28, à huit heures du matin, il me répond en cherchant un peu ses idées, tire la langue droite, paraît étonné et un peu brisé. Pouls à 92, température 39 degrés, langue saburrale, mouvement volontaire reparu des deux côtés ; pupilles égales, petites. Il ne se plaint pas de la tête, mais bien du creux épigastrique. Deuxième injection de 6 décigrammes. A trois heures du soir, bon état, 88 pulsations. — Le 29, matin, 84 pulsations; un peu de faiblesse. Troisième injection de 6 décigrammes. A trois heures, 80 pulsations ; 37 degrés. — Le 30, 72 pulsations, un peu de somnolence. Appétit. — Sort guéri le 10 août. Rien aux piqûres.

L'indisposition prémonitoire est encore ici à prendre en très-grande considération. Néanmoins, ai-je eu simplement affaire à une hémiplégie dépendant d'une hémorrhagie cérébrale légère, avec aphasie transitoire? On ne trouve pas dans les auteurs d'exemples d'accès avec accidents de paralysie revêtant des apparences hémiplégiques aussi marquées. Le sulfate de quinine a paru faire merveilles : mais je me méfie, en pratique au moins, de la rigueur du fameux axiome : *Naturam morborum...*

Obs. VII. Le 2 juillet, une petite fille approchant de deux ans est portée à l'hôpital par sa mère, qui cherche son médecin habituel. L'enfant est insensible et sans mouvement, décolorée, les yeux convulsés, le pouls radial imperceptible, la respiration stertoreuse, lente et comme spasmodique. Sa mère est blanchisseuse au Bardô (ravin encaissé, au bord du Rummel, beaucoup plus bas que la ville) : elle raconte que, l'enfant étant malade depuis quelques jours, elle lui a fait prendre plusieurs doses de décoctions de têtes de pavot, ce qui la calme d'habitude. En rentrant chez elle, après deux heures d'absence, elle a trouvé la malade dans l'état où elle est encore. Je pensai que je pouvais, vu l'urgence, remplacer le confrère que l'on ne trouvait pas, et je me mis à fustiger la peau avec les mains, à la frictionner alternativement avec l'alcool camphré et une brosse rude, et à essayer de faire avaler une infusion de café. Ces moyens ne nous faisaient rien gagner, et le liquide déposé dans la bouche n'embarrassait que davantage la respiration. Dans l'idée que j'étais en présence d'accidents de narcotisme, j'injectai 2 milligrammes de sulfate d'atropine, espérant tirer parti de l'antagonisme qui existe entre la morphine et l'atropine. La pupille se dilata presque aussitôt. Mais alors, la pensée que j'avais peut-

être affaire à un accès comateux survint, et ne me permit pas d'attendre davantage. J'injectai 2 décigrammes de sulfate de quinine. Cinq minutes après, le pouls était sensible, puis la respiration plus fréquente, plus facile; puis l'œil se raffermit, la chaleur revint. Une demi-heure après, la femme emportait sa fille tout à fait ranimée. J'ai su que la guérison s'était maintenue. D'ailleurs, le médecin de la famille voyait l'enfant.

Lequel des deux médicaments injectés mérite les honneurs de ce revirement subit et que, certes, je n'espérais guère moi-même? J'ai une grande tendance à croire que ce n'est pas l'atropine.

Les cas bien caractérisés appartiendraient à la série précédente sans l'adjonction du cachet de la perniciosité qui, par le fait, n'est qu'une manière d'être, commune à des fièvres de types divers, et ne peut être la base d'une distinction nosologique légitime.

Il s'agit de quatre exemples de fièvres rémittentes accompagnées d'un très-grand déploiement de troubles gastro-hépatiques, avec des signes d'une atteinte profonde à l'innervation de la vie organique. Ils se sont présentés dans le même temps, du 30 août au 15 septembre, alors qu'un assez grand nombre de fièvres plus bénigues se montraient aussi empreintes, mais à un degré faible, des attributs de la gastricité et de la biliosité. Evidemment, une influence spéciale pesait, à cette époque, sur la pathologie fébrile et donnait à tous les cas une apparence d'uniformité. Il faut encore voir à l'origine de cette influence l'action de la saison chaude, et non pas celle de l'automne; car le mois de septembre a été marqué par le maintien d'une haute température et de nombreux jours de sirocco. Ces fièvres avaient disparu en octobre.

Obs. VIII (152e du tableau). Guyodo, Breton, condamné militaire, trente-six ans, sept ans d'Afrique; entré le 30 août : malade depuis cinq jours. Cet homme travaille aux terrassements du chemin de fer (à Smendou); pas de fièvre antérieure cette année. Début sans frissons, rémissions douteuses, chaleur intense, céphalalgie, oppression, sueurs quelquefois profuses. Le 30, à trois heures du soir, 108 pulsations, température 40 degrés. Ipéca stibié et première injection (5 décigrammes). Le 31, matin, malaise moindre : 120 pulsations, température 40°,5; langue sèche, nausées. Deuxième injection (5 décigrammes). Vers dix heures, perte de connaissance et état syncopal pendant une demi-heure. A trois heures, pouls petit, au-dessus de 120, peau froide, vomissements spontanés, vert foncé. Troisième injection (5 décigrammes). A huit heures du soir, vomissements suspendus, sueur froide, subdélirium. Quatrième injection (6 décigrammes), thé, sinapismes, potion éthérée et opiacée.

Le 1er septembre, matin, vomissements fréquents, légère teinte ictérique des conjonctives; pouls très-petit, d'une fréquence que l'on

ne peut plus fixer avec la montre. Cinquième injection (5 décigrammes). A trois heures du soir, le médecin de garde donne 1 gramme de sulfate de quinine par la bouche. Vomissement peu de temps après. — Le 2 septembre, vomissements chaque fois que le malade a bu : pouls assez plein, à 100. Calomel, 1 gramme; vésicatoire au creux épigastrique, glace, eau de Seltz. — Le 3 septembre, 80 pulsations, vomissements moins fréquents ; urines rares, couleur vin de Madère, n'indiquant aux réactifs ni bile ni sang. — Le 4, vomissements fréquents, peu colorés; pouls à 80, faible; température, 36 degrés; intelligence embarrassée; une selle non diarrhéique; hoquet de temps en temps. A trois heures, vomissements, hoquet presque incessant; intelligence nette ; mouvements inquiets. — Le 5, même état. Thé, glace, potion éthérée, sinapismes, frictions. — Mort à minuit, du 5 au 6.

Autopsie, dix heures après la mort. Estomac petit, vide; muqueuse plissée, injectée. Au duodénum, muqueuse largement colorée en jaune au pourtour du cholédoque. Foie volumineux, pesant 2400 grammes, ardoisé à la coupe; rameaux du canal hépatique colorés en jaune. Vésicule grande, pleine d'une bile demi-solide, grumeleuse, brune. Rate grosse : 760 grammes, rouge noire à la coupe, à cassure granuleuse, friable sans diffluence. Reins volumineux, congestionnés : quelques pyramides en voie de disparition. Vessie rétractée, renfermant une cuillerée à bouche d'urine. Sang diffluent dans tous les organes, d'ailleurs sains, en dehors de ce qui a été dit.

Les reins donnent, à l'aide d'incisions multiples, un liquide sanguinolent qui, examiné en ma présence par M. Michel, aide-major, reproduit les réactions chimiques du sulfate de quinine. Sous ce rapport, l'examen du sang emprunté aux infiltrations sous-cutanées apparentes au niveau des piqûres des bras reste douteux.

Je dirai ailleurs ce qu'a révélé la dissection de la peau et du tissu cellulaire dans les régions qui avaient reçu les injections.

Cette observation est le seul cas de fièvre palustre dont la terminaison ait été funeste, cette année, dans mon service. Malgré cela, je la reproduis sans craindre qu'elle puisse nuire à la méthode des injections, par laquelle ce cas a été traité. Il est, en effet, à peu près certain que le sulfate de quinine administré en injections, plus facilement et plus sûrement qu'il ne l'eût été ici par tout autre procédé, avait fait son office et agi dans les limites de son pouvoir dès le troisième ou le quatrième jour du traitement. Le remède avait coupé court à la continuité de l'action du principe infectieux; mais les conséquences du coup porté par cet agent, l'ébranlement du système nerveux et l'altération du sang ne pouvaient être modifiés simultanément : c'est à cette atteinte que le malade a succombé. Du reste, la présence du sulfate de quinine dans les reins après la mort, comme la chute du pouls pendant la vie, prouve que l'économie

était en puissance du fébrifuge. Je serais revenu un peu plus tard à son administration; mais, au moment où je l'ai suspendu, il n'y avait rien de plus à en attendre.

Il y a lieu, toutefois, de tenir compte, vis-à-vis de l'issue de la maladie, de la provenance du sujet. C'était un homme accomplissant une peine depuis longtemps déjà, et qui n'était pas près d'en avoir fini. Quoique bien constitué et dans un bon état de musculation, il était maigre, paraissait plus vieux que son âge et, sans doute, les ressorts physiques et moraux de la vie avaient notablement souffert. En dernière analyse, il est des cas de fièvre pernicieuse qui déjouent tous les efforts de la médecine.

Les faits suivants n'ont pas été beaucoup moins sérieux que celui qu'on vient de lire : leur issue favorable contre-balance l'impression qui pourrait résulter de l'exposé du cas malheureux.

Obs. IX (154ᵉ du tableau). Bayet, du train des équipages, vingt-neuf ans, né dans le département de la Manche, six ans d'Afrique. Entré le 5 septembre; malade depuis quatre jours. Première atteinte de fièvre. L'homme était en convoi sur la route de Philippeville (Saint-Charles), Frissons au début. Rémission le matin. Vomissements spontanés, diarrhée séreuse. Le 5, au matin, il a pris un vomitif à l'infirmerie du corps, A trois heures du soir, il a 112 pulsations; température, 40°,5. Première injection de 5 décigrammes, Diète, limonade,

Le 6, matin, physionomie naturelle, air de bien-être, peau fraîche, 80 pulsations. Mais, avant la visite, il a rendu quelques gorgées de tisane, légèrement colorées en vert. Sulfate de quinine, 8 décigrammes par la bouche et potion éthérée opiacée. A trois heures, pas de vomissement depuis le matin, mais affaissement anxieux.—Le 7, matin : il y a eu des vomissements fréquents dans la nuit; ils se continuent et sont d'un vert foncé. Air de souffrance, tendance à l'assoupissement, peau froide, yeux excavés, pouls petit, à 80. Deuxième injection à 5 décigrammes, vésicatoire épigastrique, eau de Seltz, glace, éther. A trois heures, 80 pulsations; 37 degrés; peau froide, un peu livide; réponses justes, mais pénibles; les vomissements se répètent presque toutes les demi-heures; urines rares, de couleur normale. Troisième injection (5 décigrammes). Deux vomissements dans la nuit.—Le 8, matin, souffrance moindre, 90 pulsations; pouls petit, vibrant; température, 38 degrés; langue sèche, rouge à la pointe; pas de sueur. Quatrième injection (5 décigrammes). A trois heures, abattement, somnolence, vomissements verts. A sept heures du soir, deux vomissements depuis trois heures. Cinquième injection (6 décigrammes). La nuit, vomissements environ toutes les heures. Pas de selles depuis quarante-huit heures.

Le 9, matin, 72 pulsations, peau froide, pouls moyen, température, 35 degrés; langue blanche en avant, noire à la base; colora-

tion jaune des conjonctives; abattement, intelligence nette. Lavement, sulfate de soude, 20 grammes.

Le 10, vomissements toute la nuit, pouls à 80; température, 35°,5; langue humide, froide; urines rares; pas de selles; respiration lente, une profonde inspiration de temps en temps. Sixième injection, à 1 gramme; bain tiède. Vomissements moins fréquents dans la journée. A trois heures, 90 pulsations. — Le 11, 80 pulsations, température, 36 degrés; plusieurs vomissements, la nuit, moins chargés de vert; deux selles liquides, jaunâtres; langue nette; somnolence. Peau froide et sèche; les conjonctives redeviennent blanches. — Le 12, sommeil dans la nuit, 80 pulsations, 36 degrés; pas de vomissements depuis vingt-quatre heures; une selle normale; conjonctives normales. Bien-être, mais inappétence. — Le 13, 80 pulsations; température, 36 degrés; coliques la nuit, sans selles; peau fraîche; faiblesse. — Le 14, 96 pulsations, 36 degrés. Bon état; un peu d'appétit. — Le 15, 80 pulsations, 36 degrés. — Le 16, 76 pulsations. Aliments; reconstituants. Rétablissement progressif, sans retour à la médication spécifique. Rien aux piqûres.

Congé de convalescence. Sorti le 30 septembre.

Obs. X (155e du tableau). Lapaix, cultivateur européen, quarante-neuf ans, trente ans d'Afrique. Entré le 11 septembre. Très-débilité, malade depuis quatre jours. Frissons au début et tous les jours dans la matinée; rémissions le soir; vomissements spontanés. — Le 11, à trois heures du soir, ipéca stibié. — Le 12, matin, 100 pulsations, température 39 degrés; le malade frissonne. Langue brune, sèche. Première injection (6 décigrammes). Subdélirium dans la journée, vomissements jaunes. A trois heures, pouls faible, à 120. Deuxième injection (5 décigrammes). A sept heures du soir, pouls très-petit, au-dessus de 120; peau sèche, chaude; abattement, subdélirium. Troisième injection (5 décigrammes). — Le 13, matin, pouls faible, à 76; température 35°,5. Abattement profond, langue humide, blanche, céphalalgie, connaissance entière; conjonctives jaunes. A trois heures du soir, pouls presque insensible; langue nette; vomissements moins jaunes, plus aqueux, mais encore fréquents. Céphalalgie, intelligence nette. Quatrième injection (6 décigrammes). Vésicatoire épigastrique, bain tiède. La nuit, subdélirium. — Le 14, matin, pas de vomissement, langue sèche, froide; peau froide, moite; pouls très-petit, à 76; température, 35 degrés. Le malade se trouve mieux. — Le 15, bon état, sauf la faiblesse. Inappétence. Pouls très-faible, sans fréquence. — Amélioration lentement progressive. Reconstituants. Les deux bras sont douloureux et présentent de l'induration: eschare de la grandeur d'une lentille au bras gauche. — De temps à autre, il y a un petit accès fébrile qu'il faut encore traiter par les injections, car la solution, même éthérée, de sulfate de quinine, provoque chez le malade des angoisses extrêmes et des vomissements des plus pénibles. Cet homme est encore dans mes salles, à la fin d'octobre, en considération de sa faiblesse, bien qu'il ait demandé sa sortie.

Les autres observations ressemblent assez aux deux que l'on vient de lire, pour que je me dispense de les rapporter.

Ainsi, l'administration hypodermique du sulfate de quinine a été soumise à la rude épreuve des accidents pernicieux, et en est sortie victorieuse au point de vue de la curation qui, jusqu'ici, nous a occupé exclusivement.

Les six observations qui manquent au total annoncé (156) se rapportent à des névralgies intermittentes ou à des fièvres typhoïdes ou à une fièvre symptomatique d'une lésion locale. Quant il s'est agi de névralgies, le sulfate de quinine en injections a réussi comme il l'eût fait par la bouche : dans les cas de fièvres non palustres, son inefficacité a servi de moyen de diagnostic. Il faut dire, toutefois, qu'il est rarement sans déterminer alors un certain degré d'hyposthénisation du pouls et de la chaleur, plus ou moins durable.

En résumé, le sulfate de quinine administré par la méthode hypodermique guérit bien et sûrement les accidents *primitifs* de l'intoxication palustre.

(*La fin prochainement.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Du massage dans l'entorse;

Par M. le docteur BÉRENGER-FÉRAUD, chirurgien de 1re classe de la marine impériale.

Si les médecins acceptent parfois certains agents thérapeutiques avec cette promptitude qu'un esprit inquiet appellerait volontiers prématurée, et leur donnent droit de domicile dans la pratique avant que la notoriété d'une longue expérience leur ait fourni son appui, il arrive souvent, par contraire, que des moyens incontestablement bons, appuyés par des succès nombreux, authentiques, anciens déjà, préconisés par les maîtres les plus puissants sur l'esprit de leur époque, n'entrent dans la science qu'avec une lenteur des plus fâcheuses pour l'avancement de nos connaissances, et surtout fort préjudiciable au bien des malades.

Les pansements à l'alcool, le massage, le taxis fait de bonne heure, suffisamment énergique et prolongé, dans la hernie étranglée, se trouvent dans cette triste condition. En vain les exemples de succès sont fournis en nombre considérable, inutilement les chirurgiens les plus distingués y recourent et nous montrent qu'on peut en tirer sûrement de remarquables guérisons, la méthode reste

à l'état d'exception dans l'art. Étrange inconséquence de l'esprit humain : nous admettons sans conteste la grande supériorité de l'homme qui emploie tel moyen, nous reconnaissons que les résultats qu'il obtient par son usage sont excellents, nous sommes émerveillés quelquefois de ses succès, et cependant, au lieu d'adopter la manière de faire que nous voyons si bien réussir entre ses mains; au lieu de commencer par nous mettre dans les conditions où il se place lui-même, pour espérer d'approcher DU BONHEUR de sa pratique, nous persistons dans la voie d'une habitude routinière que nous devrions avoir déjà abandonnée depuis longtemps, ne serait-ce que pour être logiques avec nous-mêmes; et nous sommes étonnés ensuite d'échouer souvent là où le maître réussit toujours ou presque toujours.

Tous les chirurgiens qui ont suivi M. Nélaton à l'hôpital des cliniques n'ont-ils pas été frappés des éclatants succès que le savant professeur sait obtenir soit avec l'alcool, soit avec le massage? Ceux qui ont fréquenté le service de M. Gosselin, à l'hôpital de la Pitié, n'ont-ils pas été convaincus de l'excellence de ses idées dans le traitement de la hernie étranglée? Quelqu'un a-t-il révoqué en doute les faits que les recueils scientifiques ont enregistrés depuis plusieurs années dans ces ordres d'idées? A-t-on renversé, par d'autres faits contradictoires, les considérations qu'ils permettent d'établir? Non, et néanmoins, aujourd'hui encore, pour une plaie pansée à l'alcool, pour une entorse, une déchirure fibrillaire de muscle traitées par le massage, pour un taxis suffisant fait de bonne heure, il y a mille plaies pansées au cérat, mille foulures qu'on s'obstine à laisser traîner en longueur, sous prétexte de les traiter selon les règles classiques; mille hernies qu'on laisse devenir mortelles par une temporisation imprudente, avant de les attaquer par des moyens sérieusement efficaces.

Dans une telle conjoncture, il est du devoir des pionniers de la science d'appeler fréquemment l'attention du monde médical sur les faits qui méritent un sérieux examen. C'est en revenant souvent sur le même sujet, en montrant le tort qu'il y a à rester obstinément dans de vieilles et vicieuses coutumes, en enregistrant au fur et à mesure les succès des nouvelles méthodes, en redisant les détails opératoires de ces pratiques particulières, en parlant à diverses reprises, et avec une infatigable persévérance, de leurs indications et de leurs contre-indications, qu'ils arriveront enfin à faire passer dans l'usage quotidien des moyens qu'une expérience sérieuse a proclamés très-bons.

Telle est la pensée qui me pousse aujourd'hui à dire de nouveau quelques mots de l'emploi du massage dans les entorses et les foulures musculaires. En attendant que je traite le sujet avec les développements qu'il comporte, je vais essayer de démontrer que : 1° l'incertitude des résultats, 2° l'idée qu'on recourt à une pratique empruntée au charlatanisme, 3° la prétendue ignorance du *modus faciendi*, ne sont plus des fins de non-recevoir à opposer, et, sans que j'aie besoin d'insister beaucoup ensuite, on admettra avec moi, j'espère, qu'il y a grande utilité et pour le médecin et pour le malade à employer enfin d'une manière habituelle cette médication, dont l'excellence est incontestable.

1° *L'incertitude des résultats obtenus par le massage ne pourrait plus être invoquée contre son emploi.*

Les observations de massage fait avec succès dans les entorses sont déjà si nombreuses et si probantes aujourd'hui, qu'on ne saurait considérer la méthode comme incertaine, et voici, entre mille, des faits qu'on peut rappeler pour encourager les praticiens à y recourir.

I. *Fait de M. Sée* (*Bulletin de Thérapeutique*, t. LV, p. 424). — Un des clients de M. Sée, s'étant donné une entorse, se soumit pendant plusieurs semaines aux soins de M. Michon, sans éprouver de soulagement. M. Lebatard le vit alors et pratiqua un massage pendant trois ou quatre minutes et, dans ce court espace, le mit en état de se promener le même jour.

II. *Fait de M. Nélaton* (*Bull. de Thérap.*, t. LIII, p. 557). — Bollet, manœuvre; entorse de l'articulation tibio-tarsienne datant de trois semaines, pansée par l'immersion dans l'eau froide, les compresses résolutives, sans succès. Trois séances de massage d'un quart d'heure; guérison le surlendemain de son entrée à l'hôpital.

III. *Bulletin de Thérapeutique*, t. LV, p. 424. — Entorse tibio-tarsienne datant de la veille, chez une jeune fille; massage d'un quart d'heure; guérison immédiate.

IV. *Bull. de Thérap.*, t. LV, p. 424. — Entorse tibio-tarsienne datant d'un mois. Impossibilité de marcher. Massage : au bout d'un quart d'heure, les mouvements sont indolores; après une demi-heure, l'engorgement a disparu. Guérison le lendemain. Le malade peut reprendre son travail. Gonflement indolore le soir, pendant quelques jours.

V. *Fait de M. Nélaton* (*Bull. de Thérap.*, t. XLVII, p. 356). — Entorse sacro-lombaire : massage de douze minutes; très-grande amélioration et, bientôt après, guérison.

VI. *Fait de M. Nunn* (*Bull. de Thérap.*, t. XXXIX, p. 427). — Entorse compliquée de rupture du ligament calcanéo-scaphoïdien : massage ; grande amélioration très-rapidement.

VII, VIII, IX. *Faits de Roussel, de M. Demarquay, de M. Marotte* (*Bull. de Thérap.*, t. LV, p. 424).

X. Voici une observation très-remarquable, rapportée par M. L. Bos, d'Aurillac. Je la transcris en entier, pour la mieux faire apprécier. (*Bull. de la Soc. méd. du Cantal*, 1864, n° 3, p. 48.)

« Le nommé Auguste L***, charretier, âgé de vingt et un ans, est atteint, le 8 juillet dernier, par la roue d'un tombereau lourdement chargé, qui traverse la jambe droite dans une direction oblique de bas en haut, en partant de la malléole externe jusqu'au tiers supérieur du membre. La peau est excoriée sur plusieurs points, les tissus cellulaire et musculaire sont meurtris, écrasés ; un épanchement considérable de sang donne au membre un aspect bleuâtre et une apparence difforme ; l'articulation tibio-tarsienne est le siége d'un gonflement intense et de douleurs violentes dans les mouvements. A mon grand étonnement, il n'existe pas de fracture, mais le blessé ne peut appuyer sur son pied, ni presque changer sa jambe de place. Je pratique trois séances de massage de vingt-cinq à trente minutes, le 8, le 9 et le 10. Auguste L*** reprend la conduite de son tombereau le 12.

« Dès la première séance, dont les premières passes furent très-douloureuses, le gonflement avait presque disparu, et, après la troisième séance, qui fut tolérée sans souffrance, le membre avait repris sa forme et son volume. La coloration ecchymotique persista seule pendant quelque temps, mais sans gêner aucunement le libre exercice du membre, dont les fonctions furent intégralement rétablies. Chose remarquable, les parties excoriées ne devinrent même pas le siége d'une inflammation suppurative, ce qui augmente l'intérêt de cette observation ; car j'avoue que les plaies de la peau furent de prime abord la cause d'un moment d'hésitation de ma part. Je redoutais, en agissant sur des surfaces dénudées, de passer et de repasser ainsi par des pressions qui durent être énergiques par suite de la profondeur de la lésion. Les suites donnèrent raison à cette décision un peu hardie et furent pour moi à la fois une satisfaction et un enseignement.

« Comme point de comparaison, je rapporterai en deux mots les suites d'un autre accident. Quelque temps auparavant, un autre ouvrier, le nommé Pierre J***, reçoit à la jambe une lésion à peu près semblable quant au siége, mais moins grave et moins intense.

J'emploie les sangsues, les applications résolutives et, plus tard, émollientes, etc. Il est resté un mois sans pouvoir reprendre le travail. »

XI, XII, XIII, XIV. *Autres faits de M. Bos.*— Entorses tibio-tarsiennes : trois ou quatre séances de massage. Guérison complète du troisième au cinquième jour, sans douleur ni claudication (*loc. cit.*).

XV, XVI, XVII, XVIII, XIX. — *Faits de la Revue médicale de Dijon*, n° 1, 1844.— *Encyclographie médicale*, Paris, 1845; t. VI, p. 120.

Un homme se fait une entorse, le docteur Guyot de Norges le soigne infructueusement pendant trois mois. Tout ce que l'expérience peut suggérer est employé, mais en vain, le malade boitait toujours. Une séance de massage pratiqué par un rebouteur. Guérison parfaite aussitôt. M. Guyot vit ce malade le lendemain et put constater ce singulier résultat, qui l'étonna vivement.

M. N*** se fait une entorse du pied en tombant de cheval : douleurs très-vives, gonflement énorme. Soigné pendant trois mois à l'hôpital militaire de Lyon, sans succès. Massage de deux heures. Guérison aussitôt après.

M. L*** se fait une entorse du genou en tombant de cheval : soins infructueux pendant deux mois. Massage de deux heures et demie, très-douloureux au début. Guérison presque immédiate.

Deux séminaristes de Plombières se font une entorse du pied : l'un est massé le cinquième jour et l'autre le troisième jour; après trois heures de massage, guérison parfaite.

XX, XXI, XXII. *Archives de médecine navale*, t. IV, p. 28. — J'ai publié dans ce recueil trois observations d'entorses guéries très-heureusement aussi par le massage.

Il serait facile de grossir le chiffre de ces observations, mais il n'y aurait là aucune utilité. Pour plus amples renseignements, on peut consulter le Mémoire que M. Girard a présenté à l'Académie des sciences (*Bull. de Thérap.*, 1858); le Mémoire de Magnien (*Gaz méd.*, 1836); le travail de M. Mayer, inséré dans la *Gazette médicale* de décembre 1852; celui de M. Terrier (*Revue de thérap. méd.-chirurg.*, 1858); les recherches de M. Lebatard (*Gaz. des hôp.*, 1856); celles de M. Lepelletier, dans l'*Union médicale* de mars 1850; de M. Quesnay, de M. Servier (*Journ. de méd. et de chir. militaires*, 1862); de M. Rizet, Arras, 1862 et 1864; la Thèse de M. Bazin, thèses de Paris, 1860; enfin l'article ARTICULATION du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. III, p. 289, par M. le docteur Panas.

2° *L'idée qu'on recourt à une pratique empruntée à l'empirisme grossier ne peut nous arrêter dans l'emploi du massage.*

Si les rebouteurs ont presque exclusivement le monopole du massage dans l'entorse, aujourd'hui, c'est parce que, par insouciance ou par oubli, nous laissons de côté ce moyen préconisé à maintes reprises par les chirurgiens les plus remarquables, et il est facile de trouver dans la science des temps passés ou de nos jours des noms bien capables d'honorer cette pratique chirurgicale à l'égal des opérations les plus en vogue.

Et d'abord Fabrice d'Aquapendente, Ravaton préconisant des mouvements de va-et-vient, des tractions, comme traitement des entorses, ne faisaient en définitive que préconiser le massage.

Ribes (*Mémoires et observations de physiologie et pathologie ;* Paris, 1841), Bonnet, de Lyon, dans ses divers ouvrages sur les maladies articulaires, A. Cooper, Hey (*Practical observat.*, 1803), voyaient dans ce moyen un très-utile adjuvant ou le traitement tout entier lui-même, suivant les divers cas d'entorse.

Plus près de nous, MM. Brulet (de Dijon), Magne, Estradère, Magnien, Millet (de Tours), L. Bos (d'Aurillac), Hernoult (de Saint-Malo), nous ont montré d'excellents résultats obtenus avec une rapidité, une simplicité même qui sembleraient de nature à faire tomber toutes les préventions, tandis que les auteurs du *Compendium de chirurgie* l'appuient de toute leur autorité (1).

J'ai déjà dit que M. le professeur Nélaton le patronne et a fourni à la science bon nombre de faits très-probants en sa faveur. Les noms des auteurs que je viens de citer prouvent que les praticiens commencent à adopter ce moyen pour leurs opérations courantes, et lui assurent ainsi le droit de cité scientifique dont il a besoin.

Il est très-désirable que le massage s'introduise dans la science, ne serait-ce que pour faire cesser aux yeux d'un public trop crédule cet état d'infériorité dans lequel nous sommes, pour la thérapeutique des entorses, relativement à ces charlatans qu'une confiance aveugle et complaisante appelle trop souvent dans les familles, et qui, par le fait de notre répulsion systématique pour le massage, ont un monopole qui nous revient. Espérons donc que, sous peu, ce moyen thérapeutique, foncièrement bon, s'infiltrera plus largement dans la pratique.

---

(1) *Compend. de chir.*, t. II, p. 382.

On ne saurait aujourd'hui renoncer à essayer le massage dans les entorses et les foulures diverses, sous le prétexte qu'on en ignore le manuel opératoire, car rien n'est facile comme de masser, et si on voit les garçons de bains, les infirmiers acquérir, par une longue habitude, une habileté très-remarquable, je n'hésite pas à soutenir qu'un médecin, grâce à ses notions d'anatomie topographique, arrive toujours en quelques instants à faire, très-suffisamment bien pour guérir, le massage de n'importe quelle articulation des membres.

Voici, dans tous les cas, les principaux détails de l'opération :

Modus faciendi du massage. — Dès que l'accident est produit, ou mieux dès qu'on arrive auprès du blessé, et le plus tôt est le meilleur, on le fait étendre sur un lit ou asseoir sur une chaise; on établit le diagnostic et, si le massage est le moyen thérapeutique adopté, on commence à le pratiquer aussitôt.

On débute par faire dans le sens des tendons périarticulaires, si c'est l'entorse d'une articulation, dans la direction des fibres charnues, si c'est une foulure musculaire, des passes aussi légères que possible avec la pulpe du pouce ou des quatre derniers doigts, en ayant soin d'humecter de temps en temps sa main avec un corps gras, de manière à ménager le plus possible la peau du patient, que des frottements à sec excorieraient bientôt. Il faut toujours diriger la friction de l'extrémité vers la racine du membre, dans le sens de la circulation veineuse, dit M. L. Bos (*loc. cit.*, p. 45). Elle doit commencer assez loin au-dessous de la partie douloureuse et se prolonger notablement au-dessus.

Peu à peu la pression est augmentée, à mesure que le contact est moins pénible, et enfin cette friction spéciale, progressive, arrivant peu à peu à une grande force, dure longtemps, un quart d'heure, une demi-heure, une heure même, toujours après un bon moment de la cessation complète de la douleur, et lorsque la tuméfaction a notablement diminué aussi [1].

De temps en temps on fait de légers pincements, des pressions intermittentes, de petites percussions sur la région que l'on masse, tandis que l'on imprime des mouvements à l'articulation malade et

---

[1] Nous pensons, comme Girard, qu'il faut prolonger le massage jusqu'à ce que la douleur ait cessé ; aussi ne citerons-nous que pour mémoire la durée de l'opération indiquée par les divers auteurs : Rizet, une demi-heure ; Quesnoy, une heure à une heure et demie ; Servier, de une à trois heures.

même à celles voisines. Ces mouvements, d'abord imperceptibles, vont en augmentant, si bien qu'à la fin de la séance, qu'on doit prolonger volontiers, on fait exécuter à la partie tous les mouvements physiologiques dans leur plus grande amplitude.

Dans un massage bien fait, il faut toujours se tenir à la limite de la souffrance vive, et si le malade doit se résigner à éprouver une sensation pénible pendant presque toute la durée de l'opération, il ne faut pas, d'autre part, dépasser une certaine somme de douleur. En résumé, on peut faire comprendre implicitement, par la seule phrase suivante, toute la pratique du massage, sans avoir besoin de plus grands détails : *Étant donnée une partie dont le moindre ébranlement est douloureux, arriver, par des efforts parfaitement ménagés, à lui faire exécuter sans douleur tous ses mouvements physiologiques.*

Quand la séance est terminée, on applique sur la région une compresse en plusieurs doubles et un bandage aussi contentif que possible, le tout arrosé d'un liquide résolutif. Je n'ai employé, pour ma part, que l'eau-de-vie pure ou étendue, mais je suis porté à voir très-favorablement la plupart des liquides préconisés, par exemple celui dont se sert notre sagace confrère le docteur L. Bos (*loc. cit.*, p. 47) :

Eau blanche de Goulard..................	100	grammes.
Alcoolat vulnéraire.......................	100	—
Laudanum de Sydenham................	5 à 10	—

Je les préfère de beaucoup aux cataplasmes froids, même ceux dans lesquels on met de l'alcool : ils fermentent très-souvent et peuvent alors augmenter l'irritation de la peau dans la région massée. Ajoutons que le repos doit être sévèrement observé, soit jusqu'à la séance prochaine, s'il faut masser plusieurs fois, soit pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, quand la guérison est complète.

Quand faut-il masser de nouveau la partie malade, si plusieurs séances sont nécessaires? On ne peut fixer l'intervalle d'une manière précise. Mille conditions apportent ici leur influence. Dans tous les cas, c'est une ou deux fois par jour, en moyenne, et mieux, on peut prendre pour terme la réapparition ou l'augmentation de la douleur après quelques heures d'amélioration.

La puissance, la durée du massage sont mesurées exactement aux particularités des entorses que l'on soigne. L'accident est-il récent, le gonflement peu marqué, la douleur peu intense, une ou deux

séances modérément prolongées et peu actives sont souvent suffisantes pour ramener la guérison. Au contraire, l'entorse date-t-elle de plusieurs jours ou de quelques semaines, les lésions sont-elles plus profondes, il est nécessaire d'agir avec plus de puissance et plus longtemps. J'ai été même obligé, il y a quelques mois, de faire revenir une entorse à l'état pour ainsi dire aigu pour la guérir, et voici, d'ailleurs, le fait rapporté avec assez de détails.

Mlle ***, jeune fille de vingt-deux ans, de bonne constitution, de tempérament nerveux et excitable, fait, le 4 janvier 1866, une chute qui lui occasionne une entorse du pied gauche.

Elle ressent, au moment de l'accident, une douleur extrêmement vive qui n'est calmée que par l'immersion du pied dans l'eau froide. Un chirurgien distingué de la ville de province qu'elle habite, institue, dès les premières heures, le traitement classique du diastasis, eau froide, résolutif, repos, bandages. Après trois semaines de soins, la malade ne peut pas encore marcher; gonflement douloureux au toucher et aux mouvements de l'articulation tibio-tarsienne.

On engage Mlle *** à se faire soigner par un rebouteur; mais les manœuvres de cet empirique, quoique très-douloureuses, ne produisent aucune amélioration. On recommence les moyens ordinaires, résolutifs, bandages, repos. Il n'y a qu'une très-faible amélioration à la fin du mois de février.

A cette époque Mlle *** voit un ami de sa famille que j'ai guéri précédemment, par le massage, d'une entorse; elle se décide à venir à Paris et je la vois pour la première fois le 20 mars 1866, soixante-quinze jours après l'accident.

Etat actuel. — Gonflement sensible de tout le pourtour de l'articulation tibio-tarsienne. Mouvements très-douloureux; claudication très-marquée; la marche impossible après quelques pas. En touchant le pourtour de la cheville, on sent daus les gaînes des tendons des extenseurs un empâtement et çà et là de petites nodosités dures, en chapelet.

Je pratique un massage bien méthodique, mais peu puissant, pendant trente minutes; bande roulée autour du cou-de-pied. Même opération le soir. Pendant mes manœuvres, on voit le gonflement dimiuuer très-sensiblement et, dès que j'ai fini, la malade peut faire quelques pas plus facilement et sans grandes douleurs; cependant, une heure après, la déambulation est redevenue aussi pénible. Repos absolu.

21 mars. Massage de trente minutes, modéré d'abord, puis

pratiqué avec force. Matin et soir, bande autour du cou-de-pied. Pas de changement.

22 mars. Voyant que je n'obtenais rien ainsi, j'eus l'idée de faire revenir l'entorse à l'état aigu. Je fais, en conséquence, un massage plus actif, et quoique me tenant à la limite de la douleur, je presse autant que je puis sur les parties, tandis que je fais exécuter des mouvements très-étendus à l'articulation tibio-tarsienne. Dans la journée, douleurs dans tout le pied, gonflement et un peu de rougeur de l'articulation; massage le soir pour augmenter encore l'état d'irritation de la partie.

23 mars. Mêmes manœuvres. L'entorse est littéralement revenue à l'état aigu.

24 mars. Massage de quarante-cinq minutes, très-méthodique et très-puissant, quoique je me tienne, comme toujours, à la limite de la douleur. Amélioration sensible pendant l'opération; diminution de la sensibilité et du gonflement. La marche, presque impossible jusque-là, est facile dès que le massage est terminé; Mlle *** se promène un peu dans sa chambre ce jour-là sans ressentir aucune douleur.

25 mars. Massage de quarante-cinq minutes le matin, de trente minutes le soir; la malade marche dans l'intervalle des pansements, descend trois étages, va se promener en voiture, et, dès le lendemain, commence à faire de longues courses à pied dans Paris, sans ressentir absolument aucune gêne. Elle saute, court, marche, sans éprouver la moindre douleur dans le pied.

Le 1er juin, au moment où ma jeune cliente retourne en province, je constate que la guérison ne s'est pas démentie.

Guérira-t-on toujours les entorses quand on emploiera le massage? Il me semble, par les faits dont j'ai eu connaissance, qu'on peut répondre oui, quand on se trouve dans les deux conditions suivantes :

1° Avoir affaire à une entorse simple sans complication : déchirement ligamenteux considérable, arrachement tendineux, fracture des surfaces articulaires, lésion d'un vaisseau ou d'un nerf d'une certaine importance;

2° Savoir pratiquer avec habileté et patience pendant un temps suffisant le massage de la partie. Ainsi, par exemple, les prétendues entorses simples qui sont restées rebelles au massage bien fait ou même qui, loin d'en avoir été guéries, ont été aggravées par lui, ne sont que des entorses compliquées auxquelles on a intempestivement appliqué la méthode sans ménagement. La faute est, dans ces cas, à l'erreur du diagnostic, et non au massage lui-même.

Quant à ce qui est de la perfection de l'opération manuelle, on comprend aussi sans peine qu'elle a une importance capitale, et d'ailleurs, quand on admet pour toute pratique chirurgicale la supériorité notoire de l'habileté de l'opérateur, pourquoi pourrait-on penser que dans le massage elle est inutile? Non, là plus encore qu'ailleurs, cette question d'habileté personnelle est très-importante.

Le fait suivant sera de nature, j'espère, à fixer les idées sur ce point, en montrant que ce n'est souvent pas à la méthode, mais bien à la maladresse de l'opérateur qu'on doit rapporter certains échecs.

Le 1er janvier 1866, M. D***, régisseur du château de Meudon, se fait, en marchant rapidement sur un chemin en pente, une rupture fibrillaire au bord interne du soléaire de la jambe droite. Il ne ressent d'abord pas une douleur bien vive, mais le lendemain matin il ne peut plus marcher qu'en boitant beaucoup et en éprouvant des douleurs extrêmement aiguës.

J'étais à ce moment-là trop souffrant pour pratiquer le massage, aussi conseillai-je seulement les moyens classiques : repos, résolutifs, froid, ce qui fut exécuté ponctuellement, et cependant le 8 janvier il ne s'était produit encore aucune amélioration. M. D*** boitait et souffrait comme au premier jour, quand il voulait essayer de faire quelques pas dans son appartement.

Le 8 janvier, me trouvant assez bien pour masser le malade, je fis une séance de vingt minutes, mais évidemment j'opérai trop incomplétement; d'abord je fis mes frictions de haut en bas, c'est-à-dire du genou vers le pied ou de bas en haut, sans grande attention à la direction que je suivais, et, d'autre part, je négligeai de faire mouvoir à mesure le pied sur la jambe. Aussi, quoique M. D*** pût marcher sans boiter immédiatement après l'opération et pendant la soirée, le résultat fut imparfait, et le lendemain les choses étaient revenues au même point qu'avant le massage.

Je recommençai le traitement par le repos et les résolutifs, ce qui fut fait avec le plus grand soin jusqu'au 18 janvier, sans amener d'amélioration appréciable.

Le 18 janvier, M. D*** me proposa de se confier à un masseur de profession, ce que je me hâtai d'approuver, et après une demi-heure de massage méthodique (frictions de bas en haut et jamais en sens inverse, mouvements du pied pour faire agir les muscles du mollet à mesure), il put se lever, marcher sans douleur, et ne boita plus. Le soir il se massa lui-même pendant encore un quart d'heure; il se couvrit, par précaution, le mollet de compresses réso-

lutives et, dès le lendemain matin, il ne prit plus aucun soin, étant parfaitement et radicalement guéri.

Ce fait porte incontestablement son enseignement; en effet, j'avais assez fréquemment massé avec succès des entorses, quand j'entrepris de soigner M. D***, pour avoir la prétention de pratiquer le massage très-convenablement, et j'aurais pu arguer de mon insuccès pour dire que le cas que j'avais sous les yeux était réfractaire. Cependant on voit que l'échec était venu de ce que je n'avais pas suffisamment fait attention à ces points importants dans le modus faciendi : *frictions de bas en haut dans le sens des fibres musculaires, légers mouvements à mesure de l'opération; enfin, prolongation des frictions pendant un temps suffisant.* Le rebouteur appelé en dernier lieu, ayant observé ces règles plus attentivement, avait obtenu un bon résultat là où, moi, j'étais resté impuissant.

Conclusions. — Le massage est donc d'une nécessité de premier ordre dans les entorses; dénué de tout danger entre des mains un peu prudentes, il est souvent capable de produire des effets d'une rapidité qu'on a appelée quelquefois merveilleuse.

Il est applicable à toutes les entorses simples, récentes ou anciennes. Il doit être puissant et prolongé, sous peine d'être insuffisant. Enfin, il doit être pratiqué selon des règles précises qu'on peut formuler ainsi : *frictionner la partie des extrémités vers le cœur*, en tenant le malade à la limite de la douleur, en faisant exécuter peu à peu des mouvements à l'articulation malade, de manière à ce qu'à la fin de la séance elle accomplisse sans peine tous les mouvements physiologiques de la région dans leur plus grande amplitude.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Observations sur les sirops médicamenteux du nouveau Codex.

Sirop de pyrophosphate de fer.

Depuis quelques années, le pyrophosphate est entré dans la thérapeutique et est souvent prescrit à l'intérieur en solution dans l'eau ou mêlé à un sirop; le Codex donne la formule suivante :

Pyrophosphate de fer citro-ammoniacal en paillettes	10	grammes.
Eau distillée	20	—
Sirop de sucre	970	—

Faites dissoudre le pyrophosphate dans l'eau distillée, filtrez et mélangez la dissolution avec le sirop de sucre.

20 grammes de ce sirop contiennent 20 centigrammes de pyrophosphate et correspondent à 4 milligrammes de fer.

Sirop de perchlorure de fer.

Solution officinale de perchlorure de fer (nº 70).	15	grammes.
Sirop de sucre	985	—

Mélangez la solution avec le sirop de sucre.

20 grammes de ce sirop contiennent environ 10 centigrammes de perchlorure de fer.

Ce sirop constitue un médicament inconstant dans la composition; il doit être préparé au moment du besoin.

La solution de perchlorure officinale ayant des densités différentes, nous en donnerons les formules :

Sirop d'iodure de fer.

Iode	4gr,25
Limaille de fer	2
Eau distillée	10
Sirop de gomme	785
Sirop de fleur d'oranger	200

Mettez l'iode dans un petit ballon de verre avec l'eau distillée, ajoutez la limaille de fer par petites portions, et, en agitant chaque fois, laissez la réaction s'opérer pendant quelques instants, puis chauffez doucement, jusqu'à ce que la liqueur ait acquis la couleur verte propre aux protosels de fer.

D'autre part, jetez dans le flacon taré les sirops de gomme et de fleur d'oranger; filtrez au-dessus de ce mélange la solution d'iodure de fer; lavez le filtre avec une quantité d'eau suffisante pour compléter 1,000 grammes, mélangez, et conservez à l'abri de la lumière.

20 grammes de ce sirop contiennent 10 centigrammes d'iodure de fer.

Sirop d'iodure de potassium.

Iodure de potassium	25	grammes.
Eau distillée	25	—
Sirop de sucre incolore	950	—

Dissolvez l'iodure dans l'eau distillée, mélangez la dissolution avec le sirop de sucre.

20 grammes de ce sirop contiennent 50 centigrammes de potassium.

Stanislas MARTIN.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

De l'emploi du café dans la réduction des hernies.

Dans son dernier numéro, le *Bulletin général de Thérapeutique* rappelle l'influence exercée par l'infusion de café sur la réduction des hernies étranglées, influence dont il a rapporté, à diverses reprises, plusieurs exemples probants. J'ai observé un cas de ce genre où l'heureuse action du café m'a paru tellement évidente, que je crois utile d'en donner la relation succincte.

Le 6 août 1865, vers midi, je fus appelé auprès du sieur Aymard, ouvrier teinturier. Cet homme était atteint, depuis deux ou trois ans, d'une hernie inguinale droite, qui, n'étant sortie qu'un petit nombre de fois sous l'influence d'un effort, n'avait pas atteint un grand volume et avait toujours pu être réduite facilement par lui-même; il n'avait jamais porté de bandage. Dans la matinée, la hernie était sortie pendant qu'il travaillait; la réduction fut bientôt obtenue, mais comme il continuait son travail, qui nécessitait des efforts assez énergiques, elle sortit une seconde fois et devint irréductible. A mon arrivée, je constatai des coliques, des nausées, le pouls petit. Une tumeur du volume d'une petite orange, arrondie, très-dure, rendant un son tympanique par la percussion, existait dans l'aine droite, ne s'enfonçant pas dans le scrotum (bubonocèle). Ses rapports avec le cordon et une ligne tirée de l'épine iliaque antéro-supérieure au pubis me prouvèrent, avec les signes précédents, que j'avais affaire à une hernie inguinale intestinale étranglée. Le taxis fut pratiqué, selon les règles ordinaires, pendant environ une heure sans résultats. Lavement avec infusion de tabac et sel marin, onctions belladonées, cataplasmes froids. Le soir, ballonnement du ventre et quelques vomissements; mêmes tentatives longues et infructueuses de réduction. Le lendemain, à deux reprises, j'essayai en vain de réduire; les vomissements, de plus en plus fréquents, commençaient à avoir mauvais goût et mauvaise odeur, la constipation était toujours opiniâtre, le ventre tendu était douloureux, ainsi que la tumeur, qu'on ne pouvait plus toucher; les deux derniers essais de taxis n'avaient pu être poussés bien loin à cause de cette circonstance. La hernie présentait du reste la même dureté, la même rigidité que le premier jour. J'annonçai au malade la nécessité d'une opération pour le lendemain, si le remède que j'allais lui prescrire n'agissait pas; dans ma pensée, l'opération

était inévitable, et l'infusion de café était ordonnée uniquement pour remplir les heures qui nous séparaient du moment où elle devait être faite et sans aucun espoir de succès. Prenez 100 grammes de café torréfié et fraîchement pulvérisé et cinq tasses d'eau bouillante, faites infuser et coulez; la moitié d'une tasse chaque heure, à petites gorgées et froide, pour ne pas provoquer les vomissements ; telle fut l'ordonnance. Le lendemain matin, je venais m'assurer de la décision du malade au sujet de la kélotomie proposée, quand j'appris de lui, à ma très-grande surprise et satisfaction, que cette hernie si dure et si immobile s'était amollie soudain après la sixième dose et était rentrée d'elle-même avec un gargouillement. Un bandage fut appliqué aussitôt, et la hernie, jusqu'aujourd'hui, ne s'est pas reproduite.

Comment agit le café ? est-ce en faisant contracter les capillaires par l'intermédiaire du grand sympathique et en décongestionnant ainsi la hernie ? Quoi qu'il en soit, le remède est trop simple et trop inoffensif pour ne pas être tenté dans tous les cas. Il serait surtout à désirer que ceux qui l'emploieraient sans succès voulussent bien le faire connaître ; on arriverait peut-être ainsi à en mieux préciser les indications ; quant à moi, je n'ai pas eu l'occasion de l'essayer de nouveau. Dr A. Bourillon.

Aubusson, le 17 janvier 1867.

BIBLIOGRAPHIE.

Etude médico-légale et clinique sur l'empoisonnement, par Ambroise Tardieu, professeur de médecine légale à la Faculté de Paris, etc. Paris, 1867.

Nous n'examinerons point le livre de M. le professeur Tardieu au point de vue médico-légal : le nom de l'auteur, qui fait autorité non-seulement en France, mais encore à l'étranger, nous dispense de nous étendre sur la valeur d'un traité déjà classique dès les premiers jours de sa publication. L'étude que nous présente l'auteur n'est point seulement une étude médico-légale de l'empoisonnement, c'est aussi *une étude clinique*, et, à ce titre, elle intéresse le médecin et le thérapeutiste. La toxicologie est envisagée aujourd'hui d'une manière plus générale qu'autrefois : la recherche chimique du poison n'est plus l'unique problème qu'on se propose, c'est dans trois ordres de faits qui se contrôlent l'un l'autre, c'est à la fois dans la clinique, l'anatomie pathologique, l'analyse chimique ou physiolo-

gique que la médecine légale actuelle va chercher ses puissants éléments de conviction; mais la toxicologie ainsi comprise ne nous met pas seulement à même de nous prononcer sur l'empoisonnement criminel, elle nous apprend à reconnaître, à traiter les empoisonnements accidentels ou suicides qui ne tombent point sous le coup de la loi.

L'étude clinique de l'empoisonnement n'est pas moins importante au point de vue de la thérapeutique; *seule, elle nous apprend à connaître le mode d'action des médicaments à haute dose, non sur les animaux, mais sur l'homme.*

Dans la plupart des travaux de toxicologie publiés à l'étranger, il semble qu'on ait laissé de côté l'étude de l'action des poisons sur l'homme; les beaux travaux de Schroff sur l'aconit, par exemple, nous apprennent bien quelle est l'action de ce principe actif sur l'homme à faible dose, sur les animaux à forte dose, mais cette étude n'est point complétée par la relation de cas d'empoisonnements chez l'homme; la même lacune se retrouve dans l'ouvrage si estimé du professeur Buchheim de Dorpat, qui a étudié avec tant de soin la localisation chimique des substances médicamenteuses.

Il suffit de parcourir l'ouvrage de M. le professeur Tardieu pour voir quelle importance a été donnée à la partie clinique de la question. Les observations consignées dans cet ouvrage sont en partie le résultat de la pratique personnelle de l'auteur; les autres ont été laborieusement recueillies dans les journaux et recueils périodiques français et étrangers : elles forment donc un ensemble de la plus haute importance. L'empoisonnement par l'acide sulfurique comprend ainsi 14 observations; celui par l'arsenic, 30; celui par le phosphore, 23; l'empoisonnement par la digitale, 13, etc.

L'étude attentive de toutes ces observations, lues en entier, nous donne de précieuses notions au point de vue du mode d'action des médicaments, et, dans l'emploi thérapeutique d'une substance quelconque, elle nous met à même de saisir le rapport qui relie l'effet à la cause. Qu'il me suffise de citer quelques exemples :

L'action de l'eau de Rabel comme hémostatique interne est aujourd'hui reconnue empiriquement; est-elle rationnelle?

Dans l'histoire de l'empoisonnement par l'acide sulfurique, nous lisons (p. 180) les lignes suivantes : « Le cœur renferme aussi des caillots volumineux, mais ce qui est plus curieux encore, c'est de voir la coagulation du sang dans les veines iliaques, comme l'a observé il y a longtemps déjà M. le professeur Grisolle dans un cas

fort intéressant dont on trouvera plus loin le résumé; ou dans l'artère fémorale, comme je l'ai rencontré moi-même. C'est là une preuve anatomo-pathologique de l'absorption de l'acide sulfurique ajoutée à celles que fournit l'analyse chimique. »

Plus loin, l'observation du professeur Grisolle est précédée de la relation non moins intéressante d'un empoisonnement de même nature. L'étude des lésions anatomiques se termine par cette phrase : « Dans tous les vaisseaux de l'abdomen, le sang était noir, coagulé, dur, semblable à la matière ordinaire des injections anatomiques. »

La simple lecture de ces lignes nous motive l'emploi de l'eau de Rabel comme hémostatique.

L'action fluidifiante de l'ammoniaque est démontrée de la manière suivante (p. 277) :

« Il y a dans les lésions qui caractérisent l'empoisonnement par l'ammoniaque deux faits d'une certaine importance et sur lesquels on n'avait pas insisté jusqu'ici. D'un côté, le sang dissous, fluide incoagulable, ayant une tendance extrême aux hémorrhagies, et de l'autre, comme accident d'élimination, la stéatose du foie et des reins, cette lésion qui avait été regardée jusqu'ici comme caractéristique de l'empoisonnement par le phosphore. »

Le premier de ces faits ne nous prouve-t-il pas l'utilité de l'esprit de Mindererus dans les états asphyxiques ?

Mais l'étude des lésions anatomiques ne nous éclaire pas seule sur le mode d'action de certaines substances, la symptomatologie nous fournit des données semblables.

Dans les détails empruntés au docteur Tschudi, sur les mangeurs d'arsenic, nous lisons (p. 324) :

« Le second avantage que les arsenicophages veulent atteindre, c'est de se rendre plus volatils, c'est-à-dire de faciliter la respiration pendant la marche ascendante. A chaque longue excursion dans les montagnes, ils prennent un petit morceau d'arsenic, qu'ils laissent fondre peu à peu dans la bouche. L'effet en est surprenant; ils montent aisément des hauteurs qu'ils ne sauraient gravir qu'avec la plus grande peine sans cette pratique. J'ajoute que, m'appuyant sur ce fait, j'ai administré la liqueur de Fowler avec un succès signalé dans certains cas d'asthme. »

L'influence heureuse de l'arsenic dans le cours de la phthisie n'est-elle point expliquée dans les lignes suivantes :

« L'aspect luisant, rond et élégant des chevaux de prix, et surtout l'écume blanche à la bouche, proviennent ordinairement de

l'arsenic, qui augmente, comme on le sait, la salivation. Les charretiers, dans les pays montagneux, mettent fréquemment une dose d'arsenic dans le fourrage qu'ils donnent aux chevaux avant une montée laborieuse... Cette pratique s'exerce pendant des années sans accidents quelconques ; mais dès que le cheval passe entre les mains d'un maître qui n'emploie pas d'arsenic, il maigrit, perd sa gaieté, devient blafard, et, malgré la nourriture la plus abondante, il n'acquiert plus son apparence antérieure. »

L'emploi de l'arsenic dans le traitement de la fièvre intermittente, dans le choléra, comme l'a préconisé récemment le docteur Cohen, n'est-il pas de même motivé ?

Le choléra, la fièvre intermittente algide, l'indigestion peuvent être confondus, d'après M. le professeur Tardieu, avec l'empoisonnement par l'acide arsénieux; cette similitude de symptômes ne nous révèle-t-elle pas une nature d'action analogue entre le miasme paludéen, le miasme cholérique et ce modificateur chimique ; et l'acide arsénieux n'agit-il pas comme substitutif ? Cette symptomatologie identique est surtout accusée pour le choléra :

« Il existe entre les symptômes de cette terrible épidémie et ceux de l'empoisonnement par l'arsenic une analogie frappante... L'empoisonnement peut être méconnu et passer sous le manteau de l'épidémie... Le début peut être semblable et suivre aussi bien pour le choléra que pour l'empoisonnement, etc... La confusion n'est possible que pour la forme subaiguë qui offre, dans les deux affections, quand la mort ne les termine pas, la même lenteur de convalescence et la même persistance de faiblesse et de dyspepsie. Les lésions anatomiques n'établissent pas non plus une différence suffisamment tranchée, etc. »

Nous pourrions encore multiplier nos citations et présenter des considérations de cette nature sur l'émétique, la noix vomique, la digitale, etc., etc. Mais notre but est uniquement d'indiquer le procédé à employer, et chacun peut, en lisant cet ouvrage, établir le rapport qui existe entre le mode d'action d'un poison quelconque et ses propriétés thérapeutiques. Nous insisterons cependant sur un dernier point de la plus haute importance. Un poison agit-il avec la même intensité sur l'enfant et sur l'adulte? Y a-t-il dans la force de réaction de l'organisme une différence proportionnelle à la différence de poids ?

La physiologie avait bien démontré que l'organisme en naissant était d'une impressionnabilité particulière à l'action des modifica-

teurs physiques, et en particulier à l'action de la chaleur et du froid; W. Edwards, dans son mémorable travail de 1824, intitulé: *Influence des agents physiques sur la vie*, était arrivé à cette conclusion, que la faculté de produire de la chaleur était à son minimum à l'époque de la naissance, et qu'ainsi s'expliquait la faible résistance de l'organisme au refroidissement.

Ce qui se passe pour les modificateurs physiques a-t-il lieu aussi pour les modificateurs chimiques? La toxicologie résout la question et nous prouve qu'il y a identité dans la force de réaction, dans un cas comme dans l'autre.

Nous lisons en effet, p. 198:

« Taylor insiste sur les circonstances qui font varier l'action de ce poison (acide sulfurique); il rapporte, au sujet de l'influence de l'âge, un cas de mort, en vingt-quatre heures, d'un enfant d'un an, à qui l'on avait donné par méprise une demi-cuillerée à thé d'acide sulfurique concentré au lieu d'huile de ricin, et qui n'en avait guère pris que quarante gouttes. Il doute qu'une si faible quantité puisse produire un pareil effet chez un adulte. »

Le passage suivant, au sujet du danger qu'il y a à administrer l'opium aux jeunes enfants, est d'un intérêt pratique plus direct encore:

« Chez l'enfant, des doses extrêmement faibles peuvent avoir un effet funeste. J'ai vu, dans un cas, quelques cuillerées de décoction de pavot, données en lavement à un enfant de six semaines, être suivies d'accidents mortels. Un nouveau-né à qui l'on avait fait avaler à peine deux ou trois cuillerées d'une potion qui contenait douze gouttes de laudanum, ne tarda pas à succomber... Une nourrice ayant donné à un enfant de quelques semaines une potion contenant seulement deux gouttes de laudanum, l'enfant fut trouvé cinq heures après dans un état de narcotisme complet, et, malgré une courte rémission, mourut au bout de douze heures. Un cas analogue fut observé la même année chez un enfant un peu plus âgé, à qui l'on avait fait prendre deux ou trois gouttes de laudanum. »

Ces faits parlent d'eux-mêmes; ils nous montrent bien l'utilité que la thérapeutique doit retirer de la toxicologie et les immenses services que peut rendre l'étude clinique de la médecine légale, ainsi comprise et ainsi développée. D[r] G. Lematre.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Emploi de la charpie carbonifère comme désinfectant les plaies. — Il n'est que trop fréquent dans les services de chirurgie de voir soit les ulcérations spontanées, soit les plaies consécutives aux opérations, dégager une odeur désagréable, parfois nauséabonde. Non-seulement les malades, mais encore leurs voisins se plaignent vivement. On ne saurait trop répéter que cette odeur peut disparaître complétement et instantanément à l'aide de la charpie carbonifère. Il ne faut pas croire qu'elle réussisse dans tous les cas; il est, en effet, des suppurations tellement abondantes et fétides, qu'aucun désinfectant ne parvient à en masquer l'odeur; mais c'est heureusement rare. La charpie carbonifère a l'inconvénient de salir les plaies, si elle est déposée à nu. Enfermée dans les sachets de MM. Malapert et Pichot, son emploi ne présente plus le même inconvénient, mais le prix des pansements est élevé. Il est très-facile de faire un sachet séance tenante avec une compresse dont on replie les deux extrémités et d'appliquer cette compresse au-dessus du pansement.

M. Tillaux a eu souvent l'occasion d'employer la charpie carbonifère; elle a remarquablement agi dans l'observation suivante, rédigée par M. Le Courtois, interne de service.

Laroque (Catherine), âgée de soixante-huit ans, entrée le 11 septembre 1866 à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Denonvilliers, suppléé par M. Tillaux.

A la suite de l'ablation faite, le 17 septembre, d'un squirrhe situé un peu au-dessus de la glande mammaire gauche, du volume d'une grosse orange, non compliqué d'engorgement ganglionnaire, et datant, au dire de la malade, de quatre à cinq ans, existait, au-dessus et au niveau du sein, une plaie d'une étendue de 15 centimètres environ, et qui, à dessein, n'avait pas été réunie par suture. Au troisième jour, la suppuration, jusque-là modérée, commençait à devenir abondante et fétide. La malade, très-nerveuse, en était singulièrement incommodée : l'appétit se perdait, le sommeil n'était point revenu. Il devenait nécessaire d'enlever à cette suppuration l'odeur désagréable dont la malade se plaignait vivement. Pour y arriver, M. Tillaux ajouta au pansement ordinaire, par-dessus la charpie simple, un sachet aplati renfermant de la charpie carbonifère. A partir de ce moment, et bien que le pansement ne fût renouvelé

que toutes les douze heures, toute odeur avait disparu, la malade retrouva promptement l'appétit, le sommeil et sa gaieté habituelle. L'emploi de la charpie carbonifère fut continué pendant quinze jours, et la malade sortait le 15 octobre, n'ayant plus qu'une plaie de très-petite dimension et d'un aspect rassurant. Son départ fut hâté par l'ennui que lui causait le séjour à l'hôpital.

Ici, comme dans d'autres cas où M. Tillaux l'a employée, la charpie carbonifère a enlevé, de la manière la plus complète, à une quantité considérable de pus, car la suppuration était très-abondante, l'odeur désagréable qu'elle répandait et qui incommodait si vivement la malade. Ce n'est certes pas là un résultat à dédaigner. Il en est résulté une influence des plus favorables sur le moral et sur la santé de la malade.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Traitement de la chorée par l'application de l'éther pulvérisé sur le rachis. M. le docteur Lubelski, médecin de l'hospice de l'Enfant-Jésus, à Varsovie, vient d'appliquer, avec un succès aussi rapide qu'inattendu, contre la chorée, la nouvelle méthode de la pulvérisation de l'éther.

Voici le fait : Une petite fille âgée de sept ans, élève de l'orphelinat de l'Enfant-Jésus, était entrée à l'hôpital pour une chorée très-prononcée et se montrant pour la seconde fois depuis deux ans. Après avoir employé tous les moyens toniques et antispasmodiques préconisés contre cette affection, M. Lubelski essaya d'anesthésier la moelle épinière au moyen d'un courant d'éther sulfurique pulvérisé, en se servant d'un appareil pour l'anesthésie dentaire. Les deux branches ou plutôt les deux becs avec lesquels les dentistes embrassent la dent à extraire furent appliqués au niveau des deux côtés de la colonne vertébrale. L'appareil, tout à fait analogue du reste à celui de Richardson, communiquait par un tuyau de gutta-percha avec un néphogène de M. Mathieu.

Après deux aspersions de trois à cinq minutes chacune, les mouvements désordonnés de la malade se ralentirent et reprirent bientôt leur caractère normal.

Cette observation est très-intéressante ; malheureusement elle est unique, et, jusqu'à nouvel ordre, nous ne saurions y voir qu'un exemple de ces guérisons subites qui se voient si fréquemment dans la classe des névroses à laquelle appartient la chorée. (*Gazette hebdomadaire.*)

Nouveau traitement de l'ongle incarné. M. le docteur Gaillard signale un petit moyen très-simple pour éloigner les chairs. Quand on a pratiqué l'opération de l'ongle incarné par l'excision simple des chairs exubérantes, ou l'excision combinée des chairs et du rebord de l'ongle, le pansement doit être fait de manière que les parties soient constamment déprimées et déjetées en dehors, jusqu'à cicatrisation complète et reproduction du rebord onguéal.

J'atteins assez facilement ce but, dit M. Gaillard, en m'y prenant ainsi. Sur le milieu d'une bande de diachylon, large de 2 centimètres et longue de 1 mètre environ, et du côté non agglutinatif, je fixe une petite pièce de fort caoutchouc ayant aussi 2 centimètres de large et une longueur à peu près de 4 centimètres. Le caoutchouc ainsi fixé, je coupe à son milieu la bande de diachylon. De cette manière, en tirant sur les extrémités de cette bande, le caoutchouc se laisse

distendre *au niveau de sa partie moyenne*, et *fait ressort*. Tel est mon petit appareil. Pour l'appliquer, je m'y prends de la manière suivante :

Je mets d'abord sur la plaie une pièce d'agaric pliée en deux; puis je pose une bande de façon que la pièce de caoutchouc corresponde à la face plantaire de l'orteil. Cela fait, j'enroule d'abord autour de l'orteil, puis du pied, le chef supérieur ou chef à contre-extension ; après une certaine traction pour distendre le caoutchouc, j'en fais de même pour le chef inférieur ou chef à extension. On comprend facilement que cette petite pièce de caoutchouc ainsi distendue, par sa rétraction permanente, tend à éloigner les chairs du bord tranchant de l'ongle, tout en le déprimant.

Ce petit appareil peut rester en place dix, quinze jours sans se déranger aucunement ; mais d'ordinaire, je l'enlève et le replace tous les quatre, cinq ou six jours, après avoir cautérisé, s'il y a lieu. (*France médicale.*)

Traitement de l'épididymite aiguë par le froid et le chaud alternés. Ce traitement, des rapides effets duquel M. Nunn dit merveilles contre l'épididymite blennorrhagique, s'exécute de la manière suivante : Le malade est placé dans un bain chaud. Après six ou sept minutes, un courant d'eau froide est dirigé pendant une ou deux minutes sur le testicule, au moyen d'un tube de caoutchouc. La partie est ensuite échauffée de nouveau, puis l'eau froide y est dirigée ; et ainsi de suite trois ou quatre fois. Une sensation de soulagement presque immédiate est le résultat de cette médication.

On pourrait obtenir le même effet d'une manière plus simple, dans les bains ordinaires, en dirigeant immédiatement sur le testicule de l'eau avec l'un, puis avec l'autre des deux robinets d'eau chaude et d'eau froide, à l'aide du tuyau en zinc, dont, dans tous les établissements, toutes les baignoires sont munies.

Nous avons, depuis longtemps, utilisé cette alternance de températures, à un autre moment du cours de la maladie, c'est-à-dire après la période aiguë de l'épididymite, en faisant appliquer pendant deux heures un cataplasme de farine de lin et pendant les deux heures suivantes, des compresses fréquemment imbibées d'eau végéto-minérale. (*The Lancet* et *Gaz. méd. de Lyon.*)

Paralysie chez un enfant, guérie après l'expulsion d'un grand nombre de vers intestinaux. Ce genre de paralysie réflexe, qui a, de même que beaucoup de troubles nerveux dépendant de la même cause, été nié dans un temps par beaucoup de médecins, est un fait bien avéré. Aux exemples que nous en avons déjà mentionnés, nous ajouterons le suivant :

Un petit garçon, âgé de trois ans, entra à l'hôpital Saint-George de Londres, dans le service du docteur Fuller, en novembre dernier, pour une paralysie du bras droit et des deux membres inférieurs, dont le début remontait déjà à un certain temps, mais qui ne put être précisé. En questionnant la personne qui l'amenait, on apprit qu'il avait rendu deux lombrics. Trois grains de santonine furent prescrits, à prendre chaque jour, en deux doses, matin et soir. Le second jour de ce traitement, le petit malade rendit par les garde-robes vingt et un vers intestinaux; il en rendit encore, mais en moins grand nombre, chacun des sept jours suivants : il y en eut en tout cinquante-trois. L'enfant se trouva à la suite guéri de sa paralysie, dont il ne resta qu'un certain degré de faiblesse qui se dissipa au bout de peu de temps. (*Lancet*, 29 décembre 1866.)

Empoisonnement par la belladone employée en applications externes. Nous avons plusieurs fois rapporté des cas où des applications extérieures d'extrait de belladone avaient donné lieu à des accidents inquiétants; notre avant-dernier volume, notamment, en présente un exemple, mais dans lequel une voie à l'absorption de la substance vénéneuse était ouverte par des érosions de la peau. Dans les deux faits suivants, il n'en était pas ainsi, et les accidents doivent s'expliquer soit par l'étendue considérable de la surface cutanée mise en contact avec l'agent toxique, soit par une susceptibilité plus grande des sujets à l'action de ce même agent. Quoi qu'il en soit, ils méritent de n'être pas perdus pour la pratique.

Il y a quelques années, dit M. Morgan, de Bristol, je fus appelé en toute hâte pour voir un gentleman qu'on supposait atteint d'une grave affection cérébrale. Je le trouvai dans un état de trouble intellectuel qui avoisinait le délire, ayant les extrémités inférieures à demi paralysées, les pupilles

largement dilatées, une confusion considérable de la vue, le pouls fréquent, la peau chaude et sèche, et couverte d'une éruption scarlatiniforme qui s'accompagnait d'un prurit insupportable; en même temps, sensation de sécheresse et de constriction de la gorge, soif intense. J'appris que le malade, souffrant d'un lumbago, avait jugé à propos de s'appliquer, sans autre avis, un large emplâtre de belladone (d'un pied carré) sur la région douloureuse. Je fis enlever cet emplâtre, et les accidents s'amendèrent rapidement et disparurent.

Un second cas, continue M. Morgan, s'est présenté chez la mère d'un de mes confrères, laquelle, affectée d'une névralgie très-douloureuse de la jambe, s'était appliqué, par le conseil de son fils, un emplâtre de belladone. Mon confrère, peu de temps après cette application, vint me prier de venir immédiatement donner mes soins à la malade, craignant qu'elle ne fût menacée d'apoplexie. Les symptômes étaient ceux d'un empoisonnement par la belladone, mais à un moindre degré que dans le cas précédent. Il suffit d'enlever l'emplâtre pour amener la prompte cessation des accidents. (*British med. journ.*, 1er décembre 1866.)

Empoisonnement par un collyre d'atropine. Le docteur Nieberg de Berge reçoit dernièrement la visite d'une jeune fille de seize ans, accompagnée de son père, qui vient le consulter pour une affection oculaire. Elle était cataractée de l'œil droit, l'œil gauche est faible depuis quelque temps : du reste, elle dit avoir eu toujours la vue basse; il y a deux ans, à la suite d'un coup reçu à l'œil gauche, elle perdit la vue à l'autre œil, et maintenant déjà, elle commence à ne plus voir de l'œil gauche : elle ne peut pas lire, et supplie le docteur Nieberg de le lui conserver ou d'opérer l'organe cataracté. Pour dilater les pupilles, il se sert, depuis des années, de sulfate d'atropine, et, comme cela lui est arrivé souvent, il prescrit un demi-grain de sulfate d'atropine dans un peu d'eau distillée. Il verse quelques gouttes de cette solution dans l'œil cataracté de la jeune malade; mais, comme d'autres consultants l'attendaient et qu'il ne pouvait s'arrêter longtemps auprès de sa cliente, il remet la fiole au père, en lui recommandant d'instiller encore de temps en temps quelques gouttes, mais avec prudence, ces gouttes étant très-actives. Dans l'intervalle, il cautérise à un malade un lupus avec de la potasse caustique, et lorsqu'il revient au bout de dix minutes auprès de la jeune fille, la fiole est toute vide, les deux pupilles sont énormément dilatées!

Effrayé, il fait des reproches au père d'avoir instillé autant de liquide : celui-ci dit qu'il y en avait fort peu dans la fiole, que d'ailleurs il est sûr de ne pas lui en avoir versé une goutte dans la bouche, que, par conséquent, ce n'est qu'un petit accident sans aucune importance! Du reste, la jeune fille se porte encore bien; elle s'essuie rapidement les yeux, se nettoie le nez, et, comme elle avait fait un trajet de trois lieues à pied pour le visiter, il la restaure avec un pudding et une sauce au vin. Elle en mange avec appétit, mais remarque bientôt qu'elle ne peut rien avaler et qu'il lui faut tout rejeter de la bouche. Il lui fait servir alors une grande tasse de café noir très-fort : elle l'avale en entier, et sort avec son père pour prendre un peu l'air. Bientôt elle vacille et regarde autour d'elle comme égarée, répond de travers et d'une manière saccadée; la figure et les lèvres deviennent brûlantes, rouge-bleu, la respiration et le pouls de plus en plus fréquents, et elle perd de plus en plus connaissance. Le docteur Nieberg lui fait alors à la nuque une injection sous-cutanée de 8 à 9 grains (0gr,40 à 0gr,45) d'une solution de morphine (1 grain sur 30 grammes d'eau); et comme les symptômes deviennent encore plus alarmants, que la perte de connaissance est complète, qu'elle s'agite étonnamment et délire, il fait bientôt après une seconde injection de 6 grains. Alors arrive le pharmacien Fischer qu'il avait fait appeler, muni de tous les médicaments préconisés contre les empoisonnements par l'atropine; mais la jeune fille ne peut en prendre aucun. Ils la couchent sur un sofa, lui appliquent des fomentations très-froides sur la tête et sur le front; mais, dans son violent délire et son agitation, elles ne restèrent pas en place; on fut obligé de lui faire à la poitrine une troisième et une quatrième injection de morphine. Enfin elle tombe dans le sommeil. On continue énergiquement les fomentations froides; le pouls devient plus lent ainsi que la respiration, la face plus pâle, la tête moins chaude. Après un sommeil d'une heure et demie, elle se réveille.

La connaissance n'est pas complètement revenue, mais la malade est plus

tranquille, elle peut de nouveau avaler de l'eau, du café, etc., et, soutenue par son père, elle fait quelques tours dans le jardin ; elle y reste jusqu'à la nuit tombante ; la fraîcheur du soir lui fait un bien manifeste. Elle prend du lait et du pain ; cependant elle ne peut encore se rendre compte de sa situation et s'imagine être au milieu de son entourage, dans la maison paternelle. Ce n'est que le soir à dix heures, au lit, quand il la revoit, que la connaissance entière est revenue ; elle est très-impressionnée, accuse de la céphalalgie et des vertiges. La nuit se passe au milieu d'un sommeil tranquille, et le lendemain matin elle se sent si bien et si forte qu'elle peut retourner chez elle à pied. Les instillations d'atropine avaient eu lieu à midi ; le premier effet du médicament, la dilatation des pupilles, eut lieu presque instantanément ; le second effet, sécheresse du gosier, impossibilité d'avaler des aliments un peu consistants, environ dix minutes après ; l'impossibilité absolue d'avaler et de marcher, le délire furieux, etc., encore quinze à vingt minutes plus tard, et déjà alors tout traitement par les moyens ordinaires devenait inefficace. Avec quelle rapidité relative la scène changea à la suite d'une injection de 1/3 de grain de morphine ! (*Union médicale.*)

Cas de vaginisme traité avec succès au moyen du nitrate d'argent et de la teinture d'iode. La contracture spasmodique du vagin et du sphincter de la vulve peut être quelquefois essentielle, comme M. le professeur Courty en a observé des exemples ; mais cela n'est pas commun, ainsi que l'a remarqué Debout dans l'excellent article qu'il a consacré à cette affection, dans le tome LXI de ce journal. Le plus souvent, le vaginisme est symptomatique et dépend d'une lésion de la matrice, du vagin ou de la vulve ; dans ce cas, il est clair qu'il est nécessaire de faire disparaître cette lésion pour amener la guérison de la contracture. C'est ce que nous voyons dans le fait suivant, observé dans le service du docteur Murray, au Grand-Hôpital du Nord, à Londres.

La malade était une femme de trente ans, mariée depuis deux ans, mais n'ayant pas eu d'enfants. Elle accusait une vive douleur dans l'intérieur et au pourtour des organes génitaux, douleur telle que les frottements légers occasionnés par ses vêtements étaient insupportables. La menstruation était régulière, et, chose assez singulière, les souffrances semblaient s'atténuer un peu à l'époque des règles. Depuis le début de la maladie, qui remontait à plusieurs semaines, les rapprochements conjugaux avaient été absolument impossibles, et la sensibilité des parties était si grande que M. Murray dut renoncer à pratiquer le toucher ; la moindre tentative donnait lieu à une angoisse extrême.

N'ayant pas réussi à diminuer cette sensibilité par des anodins, des lotions avec l'acétate de plomb, etc., M. Murray endormit la malade au moyen du chloroforme et put alors procéder à un examen direct et complet au moyen du doigt et du spéculum. Il trouva la muqueuse vaginale rouge, sèche, rugueuse, parsemée de papilles proéminentes, les lèvres du col utérin tuméfiées par une inflammation chronique et la postérieure entamée par une large ulcération ; l'orifice cervical se trouvait obstrué par un mucus épais, glaireux, tenace, d'une odeur fétide rappelant celle du cancer utérin. Après avoir nettoyé les parties, notre confrère cautérisa vigoureusement toute la surface et l'orifice du museau de tanche avec le crayon de nitrate d'argent ; puis, ayant porté à travers le spéculum une mèche de charpie imbibée d'une forte solution du même sel, il retire l'instrument, laissant ainsi cette mèche en contact avec la muqueuse du vagin pendant dix minutes. Ces moyens furent répétés deux fois, à quinze jours d'intervalle, après chloroformisation. La malade se trouva dès lors suffisamment améliorée pour que le chloroforme devînt inutile, et le traitement put être continué et terminé par des applications de teinture d'iode sur le col utérin, qui amenèrent la cicatrisation définitive de l'ulcération et la disparition de la sécrétion morbide. La malade sortit de l'hôpital au bout de trois mois, parfaitement guérie de son vaginisme, qui, dans ce cas, comme on le voit, était la conséquence d'une maladie de l'utérus. (*Lancet*, 22 décembre 1866.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Trépanation du crâne pratiquée avec succès dans un cas de fracture avec enfoncement. Il s'agit, dans ce cas, communiqué à la Société de chirurgie par M. Broca, d'un jeune garçon de quatorze ans qui, le 15 septembre dernier, reçut sur la tête une pièce de bois tombée du troisième étage d'une maison en démolition. Renversé sans connaissance, il fut immédiatement transporté à l'hôpital Saint-Antoine, où l'on reconnut qu'indépendamment d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius, il avait, au niveau de la région fronto-pariétale gauche, à peu de distance de la ligne médiane, une plaie compliquée de fracture avec enfoncement des os du crâne. La connaissance ne revint qu'au bout de vingt-quatre heures, et alors à la résolution complète, à la paralysie générale qui avaient persisté depuis l'accident, succédèrent une paralysie de la sensibilité et du mouvement du côté droit du corps, et une contracture avec quelques mouvements convulsifs de la moitié gauche de la face. Pansement simple; vessie de glace en permanence sur la tête. Sous l'influence de ce traitement, aucun symptôme d'inflammation cérébrale ne se manifeste et l'hémiplégie droite se dissipe peu à peu. Mais le 26 septembre, en même temps qu'un abcès se formait sous la plaie refermée, la paralysie reparaît et persiste après l'ouverture de l'abcès, à un moindre degré toutefois; la contracture du côté gauche de la face ne s'est pas atténuée depuis l'accident. En présence de cette paralysie, M. Broca songeait déjà à la trépanation, lorsque, le 20 octobre, il survient quelques mouvements convulsifs, et le 29, deux véritables attaques d'épilepsie avec cri initial, perte de connaissance, convulsions cloniques, écume à la bouche, etc. Le 30, nouvelle attaque semblable, de vingt minutes de durée; l'opération est alors résolue après consultation avec M. le docteur Foucher, et pratiquée avec son concours le 31.

Le malade éthérisé, une incision cruciale et la dissection des lambeaux firent apparaître aux yeux des chirurgiens une masse arrondie, étranglée à sa base, présentant deux mouvements, l'un isochrone avec les battements du pouls, l'autre avec le resserrement de la poitrine pendant l'expiration, et qui n'était autre chose qu'une hernie de la substance cérébrale à travers une solution de continuité de la dure-mère et de la voûte du crâne. Le fragment enfoncé avait disparu dans la cavité crânienne. En mesurant l'épaisseur de la voûte du crâne à la circonférence de l'ouverture, on reconnut qu'en un point cette épaisseur était doublée, et l'on en conclut que là était logé le fragment enfoncé. M. Broca y appliqua la couronne de trépan, de manière à la superposer en partie à l'ouverture déjà existante, afin de mettre celle-ci à profit pour l'extraction du fragment. Celui-ci existait, en effet, au-dessous de la couronne enlevée, et se trouvait solidement enclavé entre la voûte du crâne et la dure-mère. Il fallut beaucoup de temps et d'efforts pour l'amener peu à peu, au moyen de l'élévatoire, dans la partie la plus large de l'ouverture, où il put être enfin saisi et extrait à l'aide d'une pince. Il a quatre centimètres de long sur un et demi de large. Au-dessous, la dure-mère était relativement saine, c'est-à-dire ne présentant rien autre chose qu'une notable vascularisation. L'opération fut terminée par l'excision, au moyen de cisailles, des bords anguleux de la solution de continuité produite par la trépanation, précaution sage, car il y eut à la suite une volumineuse hernie du cerveau dont la substance n'eût pu manquer de se déchirer sur les pointes osseuses.

Les suites de l'opération ont été des plus heureuses, malgré deux érysipèles qui, du reste, guérirent rapidement. L'épilepsie n'a plus reparu, sauf un léger accès la nuit suivante; la paralysie s'est promptement dissipée; la hernie du cerveau s'est peu à peu réduite à l'aide d'une compression modérée; la plaie s'est cicatrisée et, grâce à l'épaississement des membranes à ce niveau, les battements du cerveau sont tellement faibles qu'on ne les aperçoit plus.

Dans la discussion qui a suivi cette intéressante communication, M. Legouest a signalé la réaction qui tend à se produire en faveur du trépan, trop discrédité en France depuis les attaques de Desault. Il a, à cette occasion, cité les résultats de la pratique des Américains dans leur guerre civile, de laquelle il résulte que les plaies de tête traitées par les moyens purement médicaux ont donné une mortalité de 45 pour 100, tandis que par le trépan et les autres procédés chirurgicaux directs, elles n'ont fourni qu'une mor-

talité de 20 pour 100 environ. (*Soc. de chir.*, 26 décembre 1866.)

Des inconvénients de l'emploi du nitrate acide de mercure dans le traitement des ulcérations du col de l'utérus. Il n'est pas indifférent de faire un choix entre les divers caustiques lorsqu'il s'agit de traiter les affections utérines chez des femmes jeunes qui peuvent encore devenir mères, et l'emploi du nitrate acide de mercure a eu pour résultat d'oblitérer le col utérin, ce qui a rendu l'accouchement très-pénible. Le docteur Picard a observé huit fois des femmes qui, traitées de cette façon, ont eu des accouchements très-laborieux à cause de l'induration du col. Plusieurs fois, la lenteur du travail amena la mort de l'enfant, et, dans plusieurs circonstances, il fallut faire des incisions et des débridements assez étendus. Ces faits doivent recommander la plus grande prudence au médecin quand il se sert de ce caustique énergique, qui doit être banni complétement de la pratique pendant la gestation. (*Société médicale du Haut-Rhin.*)

Avantages et mode du pansement à l'alcool. Le pus altéré par le contact de l'air produit, quand il est absorbé, les accidents les plus graves. Le meilleur moyen de les prévenir est donc de rendre parfaitement inoffensifs les liquides sécrétés par les surfaces suppurantes, à l'aide de modifications chimiques qu'on leur fait subir. Toutes les substances qui coagulent l'albumine peuvent servir à cet usage. Mais la plupart de ces agents (acides minéraux, sels métalliques, etc) forment avec l'albumine des composés qui ne peuvent être repris par l'absorption, et frappent de mort les éléments des tissus avec lesquels ils se trouvent en contact. L'alcool seul est exempt de ces inconvénients. On ne saurait donc trop le recommander dans toutes les circonstances où une violente inflammation est à redouter.

Voici comment recommande de l'employer M. Sée: La plaie ou la cavité suppurante est d'abord largement lavée à l'eau alcoolisée, puis arrosée dans toute son étendue d'alcool pur; enfin de la charpie imbibée d'alcool, recouverte de taffetas gommé, pour ralentir l'évaporation, est placée sur la partie malade, et, fréquemment dans la journée, le tout est de nouveau imprégné d'alcool.

Ce mode de pansement a donné à M. Sée les résultats les plus heureux dans le service chirurgical de l'hôpital Cochin, où depuis plus de quatre mois il remplace M. Follin. Parmi les cas nombreux dont il donne l'énumération, nous ne saurions passer sous silence ceux de fracture compliquée de plaie, de plaies pénétrantes des articulations, de collections sanguines ouvertes à l'extérieur, de plaies profondes des parties molles, de plaies de tête, toutes terminées heureusement sans le moindre accident. (*Société de chirurgie*, 19 décembre 1866.)

Mode d'emploi du badigeonnage médicamenteux. Les badigeonnages médicamenteux, dit M. Boinet, remplissent plusieurs objets ; le plus important est de mettre les parties badigeonnées à l'abri du contact de l'air ; le deuxième est de modifier les parties ; le troisième, dans certains cas, est d'aider à l'absorption du médicament employé ; le quatrième, enfin, est d'exercer une compression douce, uniforme et favorable.

M. Boinet insiste spécialement sur les avantages de ce mode de traitement appliqué au pansement des plaies. Dans les plaies anciennes ou récentes, dit-il, les badigeonnages ont l'immense avantage de modifier rapidement les sécrétions, quelle que soit leur nature. Ils agissent comme antiseptique, surtout la teinture d'iode, en même temps qu'ils forment une couche imperméable qui oblitère les vaisseaux capillaires et les met à l'abri du contact de l'air ; ils préviennent ainsi la résorption purulente et empêchent l'infection putride.

Parmi les substances qui n'agissent que mécaniquement en empêchant le contact de l'air et en exerçant une compression légère, M. Boinet signale particulièrement le collodion, employé avec succès dans le traitement des gerçures du sein, des maladies de la peau, des plaies artificielles, des engorgements du sein, de l'érysipèle, des douleurs névralgiques et rhumatismales, etc. L'auteur s'élève, en terminant, contre la prétention de ceux qui veulent faire des enduits de collodion une panacée héroïque et universelle contre toutes les maladies, surtout contre les maladies inflammatoires, les péritonites puerpérales, les suppurations phlegmoneuses, les arthrites aiguës, etc. (*Académie de médecine.*)

VARIÉTÉS.

M. Aubert-Roche, médecin en chef de la Compagnie de l'isthme de Suez, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur, pour son dévouement pendant l'épidémie cholérique en Egypte.

Le mouvement suivant a eu lieu, à partir du 1er janvier, dans les différents services chirurgicaux des hôpitaux de Paris :

MM. Richet, de la Pitié, passe à l'Hôtel-Dieu ; — Voillemier, de Saint-Louis, à la Pitié ; — Foucher, de Saint-Antoine, à Saint-Louis ; — Dolbeau, du Midi, à Saint-Antoine ; — Panas, de Lourcine, au Midi ; — Liégeois, des Enfants-Assistés, à Lourcine ; — Péan, du Bureau central, aux Enfants-Assistés.

La Société de chirurgie a constitué son bureau de la façon suivante :

Président, M. Follin ; vice-président, M. Legouest ; secrétaire général, M. Verneuil ; secrétaires annuels, MM. Dolbeau et L. Le Fort ; bibliothécaire archiviste, M. Tillaux ; trésorier, M. Houel.

Elle a décerné le prix Duval à M. Louis Thomas (de Tours), pour sa thèse sur le Pneumatocèle du crâne, et une mention honorable à M. Desmarres, pour sa thèse sur les Applications de l'Iridectomie au traitement de la cataracte.

Par décret impérial, le nouveau Codex a été déclaré obligatoire à partir du 1er janvier 1867.

Le bureau de la Société médico-chirurgicale des hôpitaux de Bordeaux est ainsi composé pour 1867 : Président, M. Denucé ; vice-président, M. H. Gintrac ; secrétaire général, M. Azam ; secrétaires adjoints, MM. Labat et Lannelongue ; archiviste, M. Moussous ; trésorier, M. P. Dupuy ; membres du conseil d'administration, MM. De Lacaussade, président sortant ; Larivière et Levieux.

Par divers arrêtés ministériels :

I. — A partir du 1er janvier 1867, les cliniques internes et externes de la Faculté de médecine de Paris sont réparties et constituées de la manière suivante, dans les hôpitaux ci-après désignés :

Hôtel-Dieu. — Une clinique médicale ; une clinique chirurgicale.
Charité. — Une clinique médicale ; une clinique chirurgicale.
Pitié. — Une clinique médicale ; une clinique chirurgicale.
Necker. — Une clinique médicale.

La clinique établie à l'hôpital Necker est provisoirement maintenue à la Charité.

L'hôpital spécial des Cliniques conservera ses deux cliniques de chirurgie et d'accouchements.

II. — *Collège de France.* — M. le docteur Marey est chargé, à titre de remplaçant, du cours d'histoire naturelle des corps organisés au Collège de France pendant l'année scolaire 1866-1867.

III. — *Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes.* — M. Pontallié, ancien professeur de thérapeutique et de matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, est nommé professeur honoraire de ladite Ecole.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon. — M. Chanut, professeur adjoint de clinique externe à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, est nommé professeur honoraire de ladite Ecole.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont. — M. Tixier (Hippolyte), docteur en médecine, est nommé suppléant d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont, en remplacement de M. Ledru, appelé à d'autres fonctions.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims. — M. Gentil-

homme, docteur en médecine, chef des travaux anatomiques à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, est nommé suppléant pour la chaire d'anatomie et de physiologie à ladite Ecole.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours. — M. Courbon, suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, est maintenu dans les fonctions de chef des travaux anatomiques à ladite École.

École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes. — M. Gruyes (Louis-Michel) est nommé aide d'anatomie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes, en remplacement de M. Jankergurstel, démissionnaire.

La Société centrale de médecine du département du Nord a arrêté son concours annuel pour l'année 1867. La clôture du concours est fixée au 1er août 1867.

La Société couronnera les mémoires qui lui en paraîtrout dignes, en laissant aux concurrents le choix du sujet sur une des branches de l'art de guérir : *médecine, thérapeutique, obstétrique, pharmacie, médecine vétérinaire.*

Elle a réservé néanmoins la question de chirurgie :

« Des obstacles autres que les hernies au cours des matières dans l'intestin grêle et des moyens d'y remédier. »

Ces affections redoutables sont assez rares, pour que l'expérience personnelle d'un seul praticien soit nécessairement assez bornée à l'endroit des moyens chirurgicaux dirigés contre elles. La Société considérera donc comme un titre sérieux à ses récompenses une statistique exacte des résultats obtenus jusqu'à ce jour.

PRIX.

1er prix, Médaille d'or et une somme de 200 francs.
2e prix, Médaille d'argent et une somme de 100 francs.
Mention honorable avec le titre de membre correspondant.
Une somme de 200 francs a été ajoutée au prix de chirurgie par un confrère anonyme. Elle élève à 400 francs la récompense ajoutée à la médaille d'or.

L'Association des médecins de la Seine a tenu dimanche, 27 janvier, sa séance générale annuelle dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. le professeur Velpeau.

Le compte rendu de l'année 1866 a été exposé par le secrétaire général, M. Orfila. Ce discours, qui résume avec une lucidité merveilleuse les services rendus par cette œuvre, a été écouté avec le plus vif intérêt et, à plusieurs reprises, interrompu par des applaudissements.

Le tableau du mouvement de la caisse, pendant l'année qui vient de s'écouler, indique la prospérité croissante de l'Association :

RECETTES.

Reliquat de l'année 1865.	1,901 »	
Cotisations et admissions.	19,945 »	
Dons et legs.	7,579 85	
Rente 3 pour 100.	11,277 50	40,703 35

DÉPENSES ET EMPLOI.

Sommes allouées à neuf sociétaires.	4,800 »	
— — à dix-huit veuves ou enfants de sociétaires.	11,290 »	
— — à vingt-six personnes étrangères à l'Association.	3,260 »	
Frais d'impression.	742 15	
Ports des imprimés, affranchissements, timbres-poste, dépenses diverses.	306 30	
Frais de mutation du legs Dusol.	414 20	
Recouvrement des cotisations.	400 »	
Achat de 800 francs de rente 3 pour 100.	18,516 60	39,729 25
Reste en caisse.		974 14

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Du traitement des fièvres d'Algérie par les injections hypodermiques de sulfate de quinine [1];

Par Jules Arnould, médecin-major à l'hôpital militaire de Constantine, ancien agrégé du Val-de-Grâce.

II

Quels sont les avantages de l'administration du sulfate de quinine en injections hypodermiques? Quels en sont les inconvénients? Peut-on généraliser cette méthode? Dans quelles limites est-elle aujourd'hui applicable à la thérapeutique usuelle des fièvres?

A. Un avantage de l'administration hypodermique du sulfate de quinine, qui ne devrait pas nous frapper s'il ne s'agissait de ce médicament, c'est l'économie du précieux fébrifuge.

Les auteurs que j'ai cités en commençant ce travail estiment que les doses hypodermiques agissent comme des doses quatre et cinq fois plus considérables données par la bouche. En opérant, au début de mes essais, d'après ces données, j'éprouvais, comme on l'a vu, certaines difficultés à atteindre le but, et cependant je n'avais affaire qu'à des fièvres bénignes, souvent susceptibles de s'éteindre d'elles-mêmes.

Il est probable que les doses faibles ont été la cause des reproches adressés à la certitude et à la durée des effets des doses hypodermiques par les Allemands et que reproduit le professeur Winter dans les *Schmidt's Jahrbücher* pour 1865 [2]. Peut-être s'arrêtait-on à des doses de quelques centigrammes, moins dans un but d'économie que par la persuasion dans laquelle on était que le tissu cellulaire ne pouvait admettre que quelques gouttes de liquide. M. Dodeuil a déjà, sous ce rapport, franchi les barrières de la tradition en injectant plusieurs centimètres cubes par une seule piqûre. Je suis allé plus loin encore, sinon impunément, du moins avec certains avantages au point de vue de l'effet curatif.

Sans mettre aucunement en doute la bonne foi des médecins qui ont guéri avec des doses très-faibles, il est permis de soupçonner ces

---

[1] Suite et fin, voir la précédente livraison, p. 58.

[2] Lasègue, *loc. cit.*

fièvres traitées par des injections de 5 à 10 centigrammes de n'avoir été que des cas bénins, capables de s'épuiser d'eux-mêmes par le changement de milieu, et sur lesquels des doses de 2 ou 3 décigrammes par la bouche auraient agi victorieusement. Il est certain qu'en France et même en Algérie, pour les cas moyens, on donne généralement trop de sulfate de quinine : ce n'est point un mal au point de vue humanitaire; mais c'est une pratique mauvaise pour servir de terme de comparaison.

J'ai élevé mes doses hypodermiques, d'abord parce que la réduction au cinquième ou au quart me paraissait constituer une infériorité pour l'efficacité du procédé. Je les ai élevées ensuite, parce que les fièvres d'été demandaient une quantité absolue de fébrifuge plus considérable, et que, vis-à-vis d'elles, le manque d'équivalence entre les doses injectées et celles qu'on aurait données autrement devait s'accroître en importance en raison de la gravité des cas. Il est clair que le cinquième d'une dose forte est plus grand que le cinquième d'une dose faible ; le défaut de ce cinquième serait donc plus fâcheux dans un cas grave réclamant une haute dose que dans un cas simple qui admettrait des doses inférieures. Choisissant, d'ailleurs, pour les traiter hypodermiquement, les formes les plus accentuées, je devais plutôt m'exposer à dépasser les limites que de compromettre et la vie des malades et le procédé thérapeutique.

C'est ainsi que je suis arrivé à injecter, à chaque opération, 3 ou 4 décigrammes pour les cas bénins, mais pourtant bien caractérisés, 5 et 6 décigrammes pour les formes d'apparence inquiétante. Dans quelques circonstances fort rares, j'ai fait des injections de 8 décigrammes et même de 1 gramme : je suis disposé à croire que l'on pourra toujours se dispenser d'aller jusque-là et que l'on aura fait tout ce qu'il faut en pratiquant, dans un même jour, deux injections de 5 décigrammes chacune, même dans les circonstances les plus pressantes.

En comptant trois injections pour les cas ordinaires, c'est une dépense de 9 à 12 décigrammes pour tout le traitement. Pour les cas graves, ce sera 15 à 18 décigrammes et, si l'on va à quatre injections, 2 grammes à 2 grammes 1/2. Le malade de l'observation XI a reçu, en injections, 3 grammes 1/2 ; celui de l'observation XII, pour l'atteinte primitive, 2 grammes et 6 décigrammes. Mais ce sont des cas extrêmes. Dans le cas de l'observation IV, il a été dépensé 3^{gr},8, mais j'ai été entraîné, par défaut d'assurance, à faire durer la médication spécifique au delà du temps nécessaire. On conçoit que, dans une question de vie ou de mort, j'aie cherché

à mettre ma conscience à l'abri en me rapprochant le plus possible de la quantité absolue de fébrifuge que l'on regarde comme indispensable dans des cas pareils, lorsqu'on dispose seulement de toute autre voie d'absorption que le tissu cellulaire.

Je viens de prononcer le mot de *quantité absolue* indispensable. Ce chiffre existe, en effet, quoique impossible à déterminer et variable pour tous les cas. Il y a une grande différence entre l'effet physiologique d'un médicament et son action thérapeutique. Quand on injecte du sulfate de quinine, le premier effet, que l'on peut appeler le *quinisme*, se produit dans un temps que l'on peut compter par minutes et à un degré généralement en raison directe de la dose injectée, exactement comme le *narcotisme* après une injection de morphine. Mais la guérison de la fièvre n'est pas l'effet immédiat du sulfate de quinine : elle se rattache au quinisme par des liens inconnus, moins étroits, sans doute, que ceux qui lient la cessation des douleurs au narcotisme, encore que la guérison des névralgies soit loin de marcher aussi vite que l'action de la morphine injectée. C'est pour cela que l'on attend encore la chute de la fièvre quand depuis longtemps il passe du sulfate de quinine avec les urines.

Néanmoins, si l'on en juge par la pratique des médecins d'Algérie, nos doses hypodermiques, même dans les cas très-graves, sont des doses faibles. Cela prouve peut-être que la quantité absolue de sel nécessaire est moins considérable qu'on ne le croit généralement. L'avantage de la méthode hypodermique tient surtout à ce que l'on peut compter sur l'action de toute la dose et dans un temps assez court. Cet avantage grandit dans des proportions sans limites, lorsque, ne disposant pas des moyens de s'adresser au tissu cellulaire, on fait des tentatives sur l'estomac, qui rejette un instant après la meilleure partie de la dose administrée en solution ou garde intactes les pilules, ou qu'on prend la voie infidèle du rectum, ou les procédés encore plus illusoires de la méthode d'applications endermiques. Dans ces conditions, les exigences de la sécurité du médecin n'ont pas de bornes, et les doses de sulfate de quinine ne se comptent plus par décigrammes, mais par grammes : à tout prix, il faut que l'on ait des chances qu'il en soit resté quelque peu dans l'économie du malade. Que cette quantité fixée par tant d'efforts soit absorbée et produise un effet utile, c'est encore une autre question. En ceci consiste la certitude des économies à faire à l'aide de la méthode hypodermique : ce qui est administré est absorbé. Il faut donner des doses sérieuses, mais on peut compter sur leur utilisa-

tion entière. A moins, peut-être, que certains états de l'économie ne paralysent jusqu'à l'absorption interstitielle, comme serait l'état des phénomènes organiques dans les fièvres algides. Mais alors quel moyen d'absorption pourrait-on trouver ?

Somme toute, d'après les deux derniers tiers de mes observations, je pense que la dose hypodermique peut être une fraction de celles qu'on adresserait à l'estomac, fraction qui serait entre la moitié et le tiers de la quotité de la dose stomacale supposée gardée.

En tenant compte, en pratique, des circonstances qui peuvent gêner ou empêcher l'administration du sulfate de quinine par la bouche, l'économie du sel fébrifuge pour l'ensemble des cas d'une année, en Algérie, en supposant la méthode hypodermique généralisée, serait au moins des deux tiers de la consommation, 66 pour 100.

Ces résultats sembleront encore assez beaux : c'est quelque chose de pouvoir traiter deux malades pour un et quelquefois trois. Il suffit de 200 à 250 malades pour consommer 1 kilogramme de sulfate de quinine, représentant une somme de 280 à 300 francs pour les hôpitaux. Il est facile de voir si cela vaut la peine de chercher à réduire cette somme à la moitié ou même au tiers, pourvu qu'il soit certain que le malade n'y perd rien. En dehors de l'hôpital, il y a des gens qui doivent acheter le sulfate prescrit par le médecin : les pharmaciens d'Algérie le font payer depuis 1 franc jusqu'à 3 francs le gramme, selon l'éloignement des grands centres. Nul doute que la réduction au tiers de la dépense serait bienvenue chez nos colons et les déterminerait à se soigner plus qu'ils ne font.

Le sulfate de quinine par la méthode hypodermique peut être administré à tout moment, sans précaution aucune, sans aide et sans grand appareil. L'état des premières voies, le besoin de modifier les fonctions gastro-hépatiques, ne sont pas des obstacles ni des raisons de différer l'emploi du fébrifuge. Les voies digestives n'étant pas occupées par celui-ci, on peut agir sur elles selon les indications spéciales qu'elles expriment, donner un vomitif, un purgatif, sans s'abstenir, pour cela, de faire absorber tout d'abord le spécifique par le tissu cellulaire. Pas d'incertitude, d'un côté; pas de temps perdu, de l'autre. On ne croit plus, Dieu merci, comme au bon temps de l'humorisme, que le quinquina donné de trop bonne heure « arrêterait tout à coup le mouvement de fermentation par où le sang cherche à se dépurer [1]. » Un homme souffre, c'est

[1] Sydenham, *Médecine pratique*; trad. par A.-F. Jault.

toujours mauvais. Les médecins d'Algérie se hâtent d'intervenir, parce qu'ils savent les chances terribles qu'ils courraient en laissant faire, surtout quand il s'agit de ces fièvres d'été où le mouvement de fermentation ne manque certes pas, mais qui pourraient avoir si vite une issue fatale, ainsi que cela est arrivé quelquefois, lorsque des praticiens, prenant ces formes pour la fièvre typhoïde, négligeaient de diriger contre elles le sulfate de quinine.

Étant donné un fébricitant dans les conditions de circulation et de calorification que nous avons indiquées à l'occasion de notre troisième série, qui a un pouls à 100 ou au-dessus, une température de 40 à 41 degrés centigrades sous l'aisselle, chez qui la saburre de la langue, les nausées ou même les vomissements spontanés accusent la gastricité propre aux *fièvres chaudes*, le médecin fait administrer sous ses yeux le paquet vomitif et pratique lui-même, sans désemparer, une injection qu'il viendra répéter sept à huit heures plus tard. Le voilà dispensé de s'en rapporter au courage et à la bonne foi du malade, au zèle et à la mémoire d'un infirmier qu'il faudrait charger d'administrer le sel quinique lorsque les vomissements auront cessé, en s'assurant que la potion fébrifuge est acceptée et tolérée par l'estomac. Et si un vomissement avait lieu une heure après l'ingestion stomacale du sulfate de quinine, comment savoir si les matières vomies renferment du sulfate et en quelle proportion? Dans les cas de vomissements incoercibles et fréquents, comme les observations X, XI et XII en offrent des exemples, la méthode des injections est d'une simplicité et d'une sécurité merveilleuses. En pareil cas, M. Vital conseille le bain froid, qui arrête les vomissements assez longtemps pour que l'on puisse adresser le sulfate de quinine à l'estomac : c'est un moyen héroïque; mais l'injection est plus rapide et plus facile. Elle rendrait, évidemment, de grands services dans les fièvres bilieuses qu'observent les médecins de marine aux Antilles, à Madagascar, au Sénégal.

Un certain nombre de formes graves, pernicieuses souvent, paralysent ou convulsent les muscles qui concourent à la déglutition, sans parler de la disposition de l'estomac à ne pas absorber. C'est alors qu'il faut se livrer aux manœuvres de la sonde œsophagienne, recourir au lavement quininé, moyen infidèle même quand il est gardé, aux frictions, aux cataplasmes, à l'application endermique à la surface d'un vésicatoire. Toutes tentatives pénibles, toutes plus ou moins illusoires. Combien est supérieure la méthode simple et sûre des injections sous-cutanées! Non pas qu'elle puisse et doive guérir toujours; il y a, malheureusement, des atteintes fatales.

Mais, du moins, le médecin a usé de ses armes, qui auraient été bonnes, si l'ennemi n'avait eu les devants.

Je ne mentionne que pour mémoire certains autres avantages d'importance secondaire. L'injection épargne au malade l'horrible et tenace saveur du sulfate de quinine administré en solution, la meilleure manière, à coup sûr, de le prendre par la bouche. Bon nombre de mes malades m'ont témoigné leur satisfaction, à cet égard, et quelques-uns ont demandé spontanément l'administration hypodermique pour ce seul motif; des hommes, cependant, et des soldats d'Afrique. Les tintements d'oreilles, la surdité, la céphalalgie sont moins intenses après les injections qu'après l'ingestion par la bouche; en raison de la réduction des doses d'abord, et probablement, ensuite, par l'absence d'action directe sur l'estomac. Mais il y a là une question de phénomènes sympathiques ou réflexes que je ne veux pas aborder. Enfin, les injections m'ont servi à éluder les supercheries niaises ou intéressées de quelques malades qui se seraient évertués à ne pas prendre le remède, soit parce que la fièvre pouvait les mener à un congé de convalescence, soit parce qu'ils nourrissaient contre la quinine le préjugé assez répandu qu'elle fait enfler la rate.

B. Les inconvénients de la méthode hypodermique sont, malheureusement, fort sérieux. Cependant, il ne faut pas les grossir.

Tout d'abord, elle doit être relevée de l'accusation de ne pas assurer la guérison. Pratiquée comme je l'entends, elle guérit comme les autres procédés qui sont bons, pas mieux, mais pas moins. Autre chose est de *couper* la fièvre, autre chose de *guérir l'intoxication* palustre, dont la récidivité dans ses manifestations est un des premiers caractères nosologiques. Sydenham, dont les observations valent beaucoup mieux que les théories; Nepple, qui conseilla l'administration du fébrifuge par septénaires; M. Trousseau, qui perfectionna la méthode sydenhamienne; M. Dutroulau, les médecins de Rome et d'Algérie, ont tous pensé que le traitement n'agit que sur les manifestations actuelles, et que la constante préoccupation du médecin devait être de prévoir les récidives et d'y pourvoir. « Si j'étais aussi certain, dit Sydenham avec un peu de découragement, de la durée des bons effets du quinquina que je suis sûr que c'est un remède innocent, je le proclamerais le premier de tous les remèdes. »

Je trouve, en relevant mes observations, 30 récidives à l'hôpital même, traitées avant la sortie des malades, et 18 récidives, dont 2 pour un même malade, ayant nécessité la rentrée de sujets déjà

traités. Ensemble, ces hommes ont passé au dehors, avant de me revenir, 182 jours, soit 10 jours environ par malade : si l'on suppose que pour chacun, en moyenne, la maladie était déjà reparue depuis trois jours, on aura la récidive classique au bout d'un septénaire. Mais, dans le fait, les individus traités ne sortaient qu'assez longtemps après la cessation des accès à l'hôpital et quelques-uns étaient repris dès le lendemain de leur sortie.

Il est bon de noter que, dans notre hôpital, les malades entrés une seconde fois sont, autant que possible, replacés dans la division qui les avait reçus d'abord. Quelques-uns, qui ont ou se figurent avoir intérêt à changer de médecin, éludent cette mesure au bureau des entrées. Les corps de la garnison changent peu : cependant, il y a eu, dans l'année, un remplacement d'un régiment de ligne par un autre numéro. Bon nombre de malades militaires sont envoyés en congé de convalescence à la fin du traitement, et, par conséquent, on ignore pendant quatre mois ou plus les accidents qu'ils peuvent éprouver. On appréciera, dans ces conditions, les chiffres qui viennent d'être énoncés.

Il me semble bien, toutefois, que si les choses ont changé dans les allures de nos fièvres depuis l'intervention de la méthode hypodermique, ce n'est point un mal. Je lis ce témoignage sur les choses d'autrefois dans un travail d'un honorable confrère, notre devancier : « Lorsque nous étions chargé du service médical du 3e régiment de chasseurs d'Afrique, caserné au Bardô, sous Constantine, nous observions tous les jours des malades ayant des accès très-intenses. On les montait à l'hôpital, en ville : les accès ne les y reprenaient pas. *Aussitôt qu'ils étaient rentrés au quartier*, *la fièvre revenait aussi forte qu'auparavant* [1]. »

J'aurais voulu pouvoir dire si le traitement par les injections influe notablement sur la durée moyenne du séjour à l'hôpital. Voici ce que j'ai pu faire dans ce sens. En défalquant de mon total d'observations le cas de fièvre quarte rebelle à tous les traitements, et quelques autres qui ont trait à des malades retenus à l'hôpital pour une affection chronique à laquelle la fièvre n'était que surajoutée, on trouve une moyenne de traitement de vingt jours par individu. En soi, ce chiffre n'est pas exagéré : il excède, il est vrai, de quatre jours celui qui exprime la durée du séjour des sujets traités par les procédés ordinaires, dans mon service. Mais j'ai déjà dit que la

---

[1] Coeud, *Des complications de la diathèse palud.* (*Recueil de mém. de médecine milit.*, t. XVII, 3e série, p. 4, 1866).

méthode hypodermique avait été appliquée aux cas les plus sérieux. D'ailleurs, ce n'est point la fièvre elle-même qui retient longtemps les hommes dans nos salles, mais bien les conséquences générales de la fièvre, la faiblesse, l'anémie, l'imminence de cachexie palustre, la crainte de replacer trop tôt dans le milieu qui lui a été funeste un soldat à qui l'obéissance militaire ne permet pas de se garer.

Ainsi, l'efficacité de l'administration hypodermique du sulfate de quinine peut être regardée comme ayant la même portée immédiate ou consécutive que celle du même agent introduit dans l'économie par les meilleurs procédés.

Les inconvénients de la méthode sont les *accidents locaux :* je ne lui en connais pas d'autres; mais ils sont sérieux et pourraient être graves. Il importe de ne pas les dissimuler ni les atténuer.

C'est le lieu de faire connaître les particularités matérielles, en quelque sorte, de l'emploi des injections sous-cutanées dans cette série de recherches.

1. L'*instrument* qui m'a servi est la seringue graduée de Luër, modification avantageuse de celle de Pravaz, mais appareil beaucoup trop cher (25 francs) et de trop peu de capacité pour les injections de sulfate de quinine. Je me suis assuré que ma seringue mesurait 1 centimètre cube et un fort dixième. J'ai l'habitude de négliger ce dixième pour compenser la perte de quelques gouttes de solution qui a toujours lieu dans la pratique du procédé, et de compter autant de centimètres cubes que j'ai poussé de fois le contenu de l'instrument. La seringue, séparée de l'aiguille-trocart, se charge par aspiration : on la monte sur sa canule, on graisse légèrement la pointe de l'aiguille à laquelle l'usage a vite enlevé son poli et l'on pique la peau à l'endroit jugé convenable.

2. J'ai toujours tâché de faire l'opération, autant que possible, d'une façon sous-cutanée : c'est peut-être une précaution inutile, car ce qu'on introduit sous la peau est autrement offensif que l'air atmosphérique; mais je ne voulais rien négliger. Un pli de la peau étant soulevée avec deux doigts de la main gauche, la main droite enfonce le trocart surmonté de la seringue pleine à la base de ce pli, à la profondeur d'un centimètre à un centimètre et demi; puis la main gauche abandonne la peau pendant que la droite maintient l'instrument. On se rend facilement compte du passage de la pointe au delà des couches profondes de la peau, par le sentiment de la résistance vaincue et par la stabilité de l'aiguille à l'endroit où on l'a implantée. Dans les régions où la peau est épaisse, on fera bien d'aller à une profondeur de deux centimètres. Le piston est abaissé

d'un seul trait, sans brusquerie; je l'arrête un peu avant la fin de sa course, si je m'aperçois qu'une bulle d'air surnage le liquide contenu dans le tube en verre de la seringue. Un premier centimètre cube est injecté. S'il y a lieu d'en pousser un deuxième, un troisième, ce qui est le cas habituel, je démonte le corps de la seringuc cn laissant l'aiguille cn place, je rcmplis à nouveau l'instrument, je le réunis à l'aiguille, et une nouvelle dose centimétrique cst envoyée par la même piqûre. Quelle qu'ait été la dose de l'injection, j'ai évité de faire plusieurs piqûres pour une seule opération : on fatiguerait le malade, on multiplierait les points douloureux sur son corps, sans le mettre sûrement à l'abri des accidents locaux qui ne tiennent pas uniquement à la masse de liquide injecté.

La quantité prescrite étant introduite, on retire l'instrument dans la direction qu'il a naturellement prise, et l'on appuie, de la pulpe d'un doigt, sur l'orifice de la piqûre, cn l'écartant même un peu de ses rapports tégumentaires normaux.

3. Après des tâtonnements, je me suis arrêté, comme *lieu d'élection*, à la facc postéro-externe du tiers moyen du bras. Une région où la peau est mince favorise la production des eschares ; là où lc tissu cellulaire est trop serré, les injections copieuses sont difficilcs et les décollements graves; là où il est trop lâche, ces mêmes décollements sont faciles et étendus; dans les régions très-vasculaires de la peau, on peut être incommodé par une petite hémorrhagie ou un épanchement sanguin dans le foyer de l'injection, ce qui cst plus fâcheux. J'ai renoncé au membre inférieur, parce que le malade se promène dès qu'il n'a plus la fièvre et irrite la partie intércssée; le bras, du reste, est plus aisé à découvrir ct sc repose, à l'hôpital. Il vaut mieux, aussi, user du bras gauche que du bras droit.

4. Le point capital, en tout ceci, c'est la préparation de la solution de sulfate de quinine à injecter.

On a dissous le sulfate de commerce, dit autrefois sulfate neutre, dans l'eau de Rabel (Piban-Dufeillay), et l'on a eu quelques accidents locaux qui peuvent être, jusqu'à un certain point, mis au compte de l'alcool. On a conseillé d'acidifier ce même sulfate par l'acide tartrique, pour le rendre soluble (Dodeuil). M. Palanque, pharmacien en chef de notre hôpital, s'est efforcé, avec une entière bonne grâce, de me préparer une solution selon les indications données dans ce sens, et n'a pu réussir, même avec parties égales d'acide tartrique et de sulfate de quinine, à me donner autre chose que des solutions (au dixième) très-imparfaitcs et produisant des

cschares. M. A. Vée [1] propose le sulfate acide de quinine, soluble dans 10 à 12 parties d'eau : il me semble que cela revient à dissoudre dans 10 à 12 parties d'eau du sulfate neutre, à l'aide de la quantité d'acide sulfurique strictement nécessaire pour le rendre soluble dans cette quantité d'eau.

La solution à injecter doit être très-concentrée, parfaitement limpide, sans action chimique sur les tissus. Cet idéal de préparation n'a pas encore été atteint et ne le sera probablement jamais.

Elle doit être *très-concentrée*. L'introduction d'un liquide, même inerte, sous la peau, est nécessairement un traumatisme, un décollement, une déchirure des mailles du tissu cellulaire et de quelques vaisseaux capillaires. De l'eau distillée, injectée en quantité notable sous la peau, ne serait nullement inoffensive. J'en ai cherché la preuve aussi rapprochée que possible en traitant des névralgies par des injections morphinées à un haut degré de dilution, telles qu'il fallait injecter un centimètre cube de la liqueur pour un milligramme de sel de morphine. L'arrivée de l'injection était douloureuse, et sur douze malades ayant reçu trois à quatre injections de 5 à 10 centimètres cubes de cette solution inoffensive, deux présentèrent un abcès. Il est donc certain que le traumatisme sous-cutané est en raison directe de la masse de liquide introduit; un centimètre cube sous la peau est déjà chose fort anormale pour le tissu cellulaire. Par conséquent, l'innocuité locale des injections de sulfate de quinine dépend essentiellement de la réduction de la quantité de véhicule qui apportera à l'absorption interstitielle la dose convenable du fébrifuge.

La liqueur doit être *limpide*. Si elle ne l'est pas, c'est qu'elle tient en suspension des corps étrangers, ou, ce qui est bien plus fâcheux, du sulfate de quinine non dissous. M. Briquet et M. Trousseau [2] ont prouvé que le sulfate de quinine pulvérulent appliqué sur les tissus dénudés est un véritable caustique. Le professeur Scarenzio, de Pavie, a eu l'idée assez singulière [3] de traiter la vérole par des injections de calomel en suspension dans la glycérine : l'effet topique fut constamment un abcès. Nul doute que le calomel n'ait agi localement comme corps étranger bien plus qu'en devenant bichlorure. Nos solutions troubles, à l'acide tartrique, donnaient lieu

(1) A. Vée, *Sur la préparation des dissolutions de sulfate de quinine destinées aux injections sous-cutanées* (*Bulletin de Thérapeutique*, t. LXIX, p. 177).

(2) Trousseau, *Clinique*, t. III, p. 447.

(3) Lasègue, *loc. cit.*, p. 86.

à des indurations et surtout à des eschares : pourtant, à cette époque, les doses injectées n'étaient que de 1 à 2 décigrammes. Un jour, par la négligence d'un aide, on me remit une solution renfermant quelque peu de sel en suspension; je m'en servis sans y prendre garde. Le lendemain, ce fut comme une catastrophe : tous mes malades de la veille me montraient leurs bras douloureux, gonflés, rouges et quelquefois marqués déjà d'une eschare.

La solution doit être *chimiquement indifférente* à l'égard des tissus, et, en particulier, ne pas coaguler l'albumine. C'est un point difficile à obtenir, quand on songe que les dissolvants du sulfate de quinine sont l'alcool et l'acide sulfurique. Cependant, on se rapproche de cette condition si l'on arrive à obtenir une solution ne renfermant que l'acide sulfurique nécessaire pour convertir le sulfate du commerce (neutre ou bibasique) en sulfate acide. C'est à ce résultat que j'ai visé à partir de la fin du premier tiers de mes essais.

On peut dissoudre directement le sel neutre dans dix parties d'eau, en ajoutant trois fortes gouttes d'acide sulfurique par gramme de sulfate de quinine; mais alors il est bon de n'opérer que sur de petites quantités à la fois, 5 grammes tout au plus. Les besoins quotidiens m'engageant à avoir une provision plus grande, j'ai utilisé une ressource que me présentaient les approvisionnements militaires. Les corps de troupes disposent d'une solution quinique au vingtième, que les pharmaciens des hôpitaux préparent aussi, parce qu'elle est commode pour conserver sous un petit volume de grandes quantités de sulfate prêt à être administré. Elle est ainsi constituée :

Sulfate (neutre) de quinine.............	100	en poids.
Acide sulfurique à 66 degrés............	20	
Eau....................................	1980	

Elle renferme 5 centigrammes de sel par centimètre cube; elle pourrait donc servir à des injections de faibles doses, comme 1 et 2 décigrammes. Je l'ai même utilisée quelquefois. Il faut y renoncer quand on a besoin d'introduire sous la peau 5 à 6 décigrammes; mais elle est commode pour préparer une dissolution au dixième. Je prends 100 grammes de la liqueur au vingtième, que je verse peu à peu sur 5 grammes de sulfate en poudre, dans un mortier de verre, en manœuvrant le pilon pour faire une bouillie sans grumeaux. J'ajoute goutte à goutte de l'acide sulfurique, et, si l'opération est bien conduite, la dissolution est parfaite

lorsque j'ai ajouté 15 à 18 gouttes d'acide. Il est néanmoins essentiel de filtrer la liqueur obtenue, parce que quelques grains échappent à la dissolution : le déchet qui en résulte pour le titre de la solution est insignifiant auprès des inconvénients qu'aurait l'injection de ces particules solides.

La réaction de cette liqueur sur le papier tournesol est un peu plus vive que le rouge vineux. Son acidité se perçoit à peine à la langue. Chaque centimètre cube correspond à 1 décigramme de sel ; par conséquent, les quantités injectées se dosent toutes seules, puisque l'on peut admettre que la seringue envoie à chaque fois 1 centimètre cube de liquide.

Si cette liqueur a une action chimique sur les tissus, je suis tout à fait convaincu qu'il n'y a pas lieu de s'en préoccuper. La grande cause d'irritation, c'est que 4 ou 5 centimètres cubes d'un liquide aussi étranger à nos tissus que celui-là ne pourront jamais être introduits impunément, à haute pression, dans la trame délicate, friable, des couches celluleuses. Le fait du traumatisme est autrement considérable que celui de l'action chimique, et malheureusement plus fatal.

Voici, au surplus, ce qui se passe à la suite des injections et le bilan des accidents locaux qui sont survenus dans ma pratique de la méthode.

On peut compter pour rien la sensation produite par le passage de l'aiguille dans le tégument. Les enfants s'enfoncent dans la peau, par manière de jeu, des épingles beaucoup moins acérées. La douleur déterminée par l'arrivée du liquide est une cuisson des plus pénibles et que certains malades accusent énergiquement. L'auteur de ce travail et M. le docteur Jeanmaire, un de ses aides, se sont soumis à l'épreuve d'une injection de sulfate de quinine et se sont convaincus qu'elle n'exigeait pas un courage excessif. La peau se refroidit au niveau du foyer de l'injection et devient rapidement insensible. Il y a quelquefois une très-légère hémorrhagie, qui ne commence que deux ou trois minutes après qu'on a retiré la seringue. Il est probable que ce sang ne provient généralement pas des désordres causés par l'aiguille, mais bien de la rupture de quelques capillaires à la suite de la distension du tissu cellulaire, occasionnée par la masse liquide. Lorsque les choses se passent bien, la peau rougit un peu quelques heures après l'injection, s'échauffe, se tuméfie notablement ; mais sans causer autre chose qu'un sentiment de raideur, un peu d'anesthésie locale pendant quelques jours ; puis, tout rentre dans l'ordre. La tuméfaction et

la rougeur peuvent même s'étendre à 12 ou 15 centimètres autour de la piqûre sans qu'il y ait de conséquences ultérieures regrettables. La diffusion de cette réaction locale est même une des circonstances les moins inquiétantes. Cependant, il peut arriver que ces accidents aillent jusqu'à empêcher le patient de dormir pendant toute une nuit.

Quand il y a une eschare, elle se manifeste au bout de sept à huit heures, sous forme d'une petite plaque jaune pâle, entourée d'un cercle violet, comme ecchymotique. La partie est douloureuse, sans tuméfaction considérable. L'eschare, qui ne dépasse jamais la grandeur d'une pièce de 20 centimes, tombe tardivement, soit sèche, soit molle, et quelquefois sans laisser de surface ulcérée.

D'autres fois, la tuméfaction, plus limitée, forme un relief rouge, persistant ; à ce niveau la peau reste chaude. La douleur, d'abord assez vive, disparaît et fait place à une insensibilité locale très-complète. On constate un épaississement dur de la peau, quelquefois avec des bosselures reconnaissables au toucher. Tantôt, cette induration persiste sans modifications, pour disparaître au bout d'un temps assez long ; tantôt elle se résout en un abcès. A ce moment, il n'y a pas plus de douleur locale que les jours précédents, et quand on ponctionne l'abcès, le malade est étonné de n'avoir rien ressenti.

Ces abcès sont d'ordinaire très-superficiels, très-fluctuants ; rarement ils contiennent du pus phlegmoneux ; plus souvent il en sort un liquide très-ténu, jaunâtre, un peu filant, dans lequel nagent des grumeaux de pus. Je l'ai vu fortement mêlé de sang et laissant voir des parcelles de matière noire, débris d'un caillot ou, peut-être, de tissu cellulaire mortifié. J'ai recherché à trois reprises, avec le concours de M. Michel, aide-major, le sulfate de quinine dans le liquide des abcès ; le réactif employé, iodure de potassium ioduré, ne nous donna jamais que des résultats fort obscurs. J'en conclus que le sulfate ne s'y trouve pas en quantité notable. Autour du foyer, on retrouve des bosselures. Il y a une très-grande tendance au décollement des parois du foyer ; aussi faut-il les inciser largement. Il y a ceci de remarquable, que plusieurs abcès sont survenus à une même époque ; que quelques malades en ont eu deux, trois, et même quatre. Y aurait-il une prédisposition ? L'influence des constitutions médicales serait-elle pour quelque chose en ceci ? Les sujets à abcès étaient en général ceux qui arrivaient à l'hopital le plus débilités, ayant les chairs flasques et présentant assez sou-

vent les attributs du lymphatisme. Les indigènes en avaient moins que les Européens.

Dans les observations qui servent de base à ce mémoire, j'ai relevé vingt et un cas d'indurations consécutives aux piqûres, quatre d'eschares et quinze d'abcès. Ces derniers accidents ne sont pas toujours survenus sous mes yeux; mais j'ai dû à l'obligeance de mes amis et collègues de la chirurgie d'être prévenu par eux quand un abcès, suite d'injections, amenait dans leur service un homme sorti du mien depuis quelque temps. J'ai toujours soigneusement vérifié l'état des bras de mes malades lorsqu'ils me quittaient. Je ne retardais leur sortie qu'en cas d'abcès ou d'induration considérable. Le retour à l'hôpital de quelques-uns d'entre eux pour cause d'abcès prouve qu'un certain nombre de ceux que je laissais aller avec une induration indolente, ont pu avoir aussi ultérieurement un abcès dont je n'ai rien su, soit que l'homme fût en congé, soit qu'il ne jugeât pas utile de revenir pour si peu. La reprise d'un travail pénible a été visiblement, deux fois, la cause de la conversion d'une induration en abcès.

En s'arrêtant aux chiffres qui ont pu être obtenus, on aura observé trente-huit fois des accidents locaux dignes d'être notés. Les abcès étant la forme de ces accidents la plus sérieuse, la seule qui puisse être grave, il est bon d'insister sur leur proportion de fréquence, et qui est d'environ de un sur dix malades, en ne comptant pas pour plus d'une unité ceux qui ont eu plusieurs abcès. Somme toute, c'est un abcès sur trente injections environ.

Hâtons-nous de dire que jamais, dans les cas de notre observation, cet accident n'a été grave par lui-même ou par ses suites. Mais il ne faut pas se dissimuler ce qui pourrait en advenir : il est toujours mauvais qu'il y ait du pus dans l'économie, toujours regrettable de devoir porter l'instrument tranchant sur la peau humaine; sans compter le retard pour le travail des patients et la dépense qu'entraîne la prolongation de leur séjour à l'hôpital. Les accidents locaux moins avancés ne sont l'affaire que de quelques applications émollientes; mais il est encore bon de se demander dans quelles limites le médecin est autorisé à infliger à son semblable un surcroît de souffrance, même léger.

L'autopsie de Guyodo (obs. X) m'a permis d'étudier les désordres accomplis dans le tissu cellulaire par les injections, quatre ou cinq jours après qu'elles ont été pratiquées. Les sugillations violettes, cadavériques, étaient plus prononcées au niveau des piqûres que partout ailleurs : le derme était sain dans toute son épaisseur, sauf

l'imbibition sanguine; les couches celluleuses sous-jacentes, dans un rayon de 3 à 4 centimètres autour des piqûres, avait perdu son aspect blanc-nacré, était d'un gris-brunâtre, s'effilant avec les pinces comme de l'étoupe; l'incision en faisait couler une petite nappe de sang très-fluide. C'est, évidemment, ce sang qui est mêlé au pus des abcès et, sans doute, c'est son sérum qui donne au contenu de la plupart cet aspect de liquide jaune, ténu, un peu filant, qui a été signalé, pendant que les parties solides apparaissent avec des débris mortifiés de tissu cellulaire sous forme de particules noirâtres. La lymphe qui peut s'épancher est moins dans le foyer des abcès que dans les masses indurées qui succèdent, d'autres fois, à l'injection.

Un chien, sacrifié vingt-quatre heures après des injections hypodermiques de 4 à 5 centimètres cubes d'une solution morphinée, a présenté la même infiltration sanguine des couches celluleuses sur un large espace; de plus, sous la peau, en un point correspondant à l'orifice d'une des piqûres, il s'était déjà formé un dépôt de pus, gros comme un pois; le microscope a confirmé le témoignage de l'œil sur la nature de cette petite collection.

Faut-il, après ce qui vient d'être dit, s'arrêter à réfuter les reproches de *lenteur* et de *difficulté d'exécution* que l'on a faits à la méthode? On répond à de certaines argumentations comme faisait le philosophe devant qui l'on niait le mouvement. Je ne résiste pourtant pas au besoin de reproduire le curieux passage suivant : « S'il fallait traiter de cette façon (par les injections) quelques centaines de malades, on n'en finirait point. En supposant qu'il y en eût deux cents, et ce nombre, à la saison des fièvres, est presque toujours dépassé à l'hôpital d'Anvers, et que l'on mît seulement cinq minutes par malade, on arriverait à un total de près de dix-sept heures *par jour* employées en injections hypodermiques [1]. » Soit que l'hôpital d'Anvers ait bien réellement deux cents fébricitants *actuels* à traiter par jour, soit que l'on y donne tous les jours le sulfate de quinine à tous les fiévreux présents, anciens ou nouveaux, fussent-ils sans accès depuis quinze jours, je reste également stupéfait. A l'hôpital de Constantine, pour deux divisions de fiévreux de cent vingt malades chacune, dans la saison des fièvres, on dépense une moyenne de quarante doses de sulfate de quinine

[1] Desguins, *Archives médicales belges*, 2e série, t. II, 4e fascicule, octobre 1865 (Extrait du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, janvier 1866, p. 26).

par jour, en injections ou autrement. La province de Constantine serait-elle cinq fois plus salubre que la Belgique? Au demeurant, il nous faut deux minutes au plus, avec la seringue Luër, pour faire une injection de 5 centimètres cubes et toutes les opérations annexes, y compris le lavage de la seringue à l'eau claire, précaution qu'il ne faut pas négliger.

C. Les accidents locaux me semblent être un obstacle péremptoire à la généralisation absolue, et en principe, de la méthode hypodermique appliquée au sulfate de quinine. En règle, elle doit être réservée aux circonstances dans lesquelles la sécurité qu'elle assure au médecin et au malade contre-balancent les risques qu'elle fait courir au dernier. Qu'on rende la méthode absolument inoffensive, et je la proclamerai la meilleure de toutes. Est-ce chose à espérer? C'est plutôt à la chimie de répondre; cependant, il me semble que, dans l'état actuel de la science, on se heurte à une impossibilité, par la raison qu'il n'existe pas de dissolvant de sulfate de quinine à la fois indifférent pour les tissus et assez énergique pour tenir en solution dans quelques gouttes de véhicule la quantité du médicament nécessaire pour une dose convenable. L'idéal réalisé serait un liquide inoffensif qui dissoudrait le sulfate de quinine à poids égaux de sel et de liquide. Celui qui trouverait ce dissolvant aurait résolu le problème, peut-être : je dis peut-être, car il n'est pas encore parfaitement certain que quelques gouttes du liquide le plus anodin pourront toujours impunément être déposées dans le tissu sous-cutané.

Dans les conditions actuelles des ressources pharmaceutiques, l'usage des injections sous-cutanées de sulfate de quinine dans les fièvres palustres doit se restreindre à un nombre de cas, dont les caractères seraient à peu près déterminés par la classification qui suit :

1° La plupart des accès pernicieux, dans lesquels l'administration par la bouche est difficile, l'absorption lente et incertaine.

2° Les fièvres avec état gastrique, se traduisant par des nausées ou, surtout, des vomissements spontanés, pendant tout le temps que durent ces vomissements.

3° Les fièvres rémittentes et continues, au moins au début du traitement, lorsqu'il y a indication de ne pas retarder l'emploi des évacuants et que, d'un autre côté, on pourrait mal faire en différant l'usage du médicament spécifique.

4° Les fièvres quelconques, chez les malades qui tolèrent mal le sulfate de quinine administré par la bouche.

5° Les fièvres réfractaires aux médications et aux procédés usuels, et pour la guérison desquelles il faut essayer de toutes les ressources de la thérapeutique.

6° Oserai-je ajouter les fièvres des pauvres qui ne peuvent ou ne veulent venir à l'hôpital ? A mon avis, il vaudrait mieux leur faire courir quelques chances d'accident local que de les laisser garder la fièvre et perdre leur santé, au nom d'une rigueur égalitaire qui ne serait pas louable si elle ne savait fléchir en ceci. On peut, du reste, s'arranger de façon à faire l'injection dans la région du corps qui participe le moins au travail habituel du malade. Bien des médecins penseront que cette conduite est plus philanthropique que de mettre à la disposition des petites bourses l'extrait de petite centaurée ou quelque autre succédané appelé, selon les inventeurs, à faire baisser le prix du sulfate de quinine.

7° Les indications 3e et 4e font pressentir une combinaison de la méthode des injections avec les procédés habituels qui satisfera, dans bien des cas, la prudence du médecin et la règle du *non nocere*. Les malades peuvent très-bien ne pas être soumis aux injections pendant toute la durée de leur traitement, parce que, du jour au lendemain, l'état qu'ils présentaient à l'entrée peut se modifier avantageusement. En d'autres termes, les indications de la méthode hypodermique, flagrantes le premier jour, peuvent ne plus exister le lendemain, et un cas pressant aujourd'hui sera demain un cas ordinaire. Le mode thérapeutique pourra, rationnellement, se transformer de même. Tel malade, à l'entrée, est dans un état comateux, dans une résolution profonde, a les mâchoires serrées par du trismus ; ou bien, il est en proie à des vomissements que renouvelle l'ingestion d'une boisson même aqueuse ; ou encore, il est en puissance d'une fièvre continue, avec embarras extrême des premières voies. Tout en faisant donner les soins que réclame la physionomie particulière des complications, on administrera, sans perte de temps, le spécifique par une injection sous-cutanée que l'on renouvellera sept à huit heures plus tard, si c'est encore nécessaire. Mais qu'au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, les manifestations gênantes ou pressantes aient disparu, que l'estomac paraisse être revenu apte à recevoir le médicament dans de bonnes conditions pour une absorption certaine, alors il est tout à fait naturel de quitter la voie du tissu cellulaire pour reprendre celle du tube digestif. Moins on a fait de piqûres et moins l'on a de chances d'accidents topiques, et, s'il survient de ceux-ci, on a l'excuse de la nécessité ou tout au moins d'une indication suffisante.

Pour mon compte, cette combinaison me satisfait particulièrement et m'est devenue familière, dans la pratique de chaque jour, vis-à-vis de mes fébricitants. C'est, essentiellement, le mode d'utilisation de la méthode hypodermique auquel m'ont conduit les observations notées dont ce travail n'est que le commentaire.

Et c'est pour cela que, sans admettre à une généralisation absolue le traitement par les injections sous-cutanées, je suis heureux d'en disposer et n'hésite pas à le déclarer bon et susceptible d'être adopté dans un grand nombre de cas.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Des irrigations continues dans les fractures comminutives des membres ;

Par le docteur CAHOURS.

L'emploi de l'eau en chirurgie a de la peine à se généraliser; il semble que l'esprit humain se révolte contre un agent si simple et si facile dans son application. On lui préfère généralement les cataplasmes et les pansements compliqués. Cependant, si nous remontons vers les temps passés, nous voyons que les hommes dont la chirurgie s'honore le plus ont préconisé cet héroïque moyen de guérison.

Hippocrate, dans le *Traité des fractures*, dans l'*Officine du médecin*, revient à plusieurs reprises sur l'utilité de l'eau, de l'huile ou du vin en affusions abondantes. Après lui, Celse, grand partisan de cet agent, s'exprima ainsi : « L'éponge trempée seulement dans l'eau froide convient dans les cas légers; quel que soit le liquide dont elle est chargée, elle soulage tant qu'elle est humide ; aussi doit-on empêcher qu'elle ne se dessèche ; et de cette façon, on arrive à guérir des plaies sans recourir à des médicaments étrangers, rares et composés. »

Galien, Rhasès, Avicenne reproduisent dans leurs ouvrages les grands principes posés à ce sujet par Hippocrate. Ambroise Paré s'indignait de ce que l'usage des irrigations fût tombé entre les mains des empiriques et des charlatans, ce qui lui faisait écrire : « Je ne veux laisser dire qu'aucuns guarissent les playes avec eau pure, après avoir dit dessus certaines paroles, puis trempent dans l'eau des linges en croix et les renouvellent souvent. Je dy quelles ne sont les paroles, ni les croix. Mais c'est l'eau qui nettoye la

playe, et par sa froideur garde l'inflammation et la fluxion, qui pourrait venir à la partie offensée, à cause de la douleur. Cette guarison se peut faire lorsque la playe est en une partie charneuse, et en un corps jeune et de bonne habitude et aux playes simples. »

Dans les temps modernes, Martel, Sancassini, Theden, etc., cherchèrent à fixer l'attention de leurs contemporains sur un agent qui leur rendit de grands services.

Déjà en 1755, lorsque la discussion sur les amputations immédiates s'éleva à l'Académie de chirurgie, on put saisir une heureuse tendance vers l'expectation.

Beaucoup de chirurgiens se prirent à réfléchir qu'on pouvait, dans un certain nombre de cas, ne rien perdre à attendre avant d'amputer. Les faits aidant, on trouva d'excellentes raisons pour n'avoir recours à l'instrument tranchant qu'en dernier ressort, et on remarqua que l'on réussissait davantage sur des malades affaiblis, mais dont l'émotion était émoussée, que sur des sujets vigoureux dont le moral était violemment ébranlé par une blessure récente.

C'était une première victoire sur cette pratique qui voulait que tout membre atteint gravement fût retranché immédiatement.

Les grandes guerres de la Révolution devaient fournir aux chirurgiens militaires l'initiative de ce perfectionnement de la chirurgie. Après les batailles et pour panser les blessés, l'eau était devenue quelquefois la seule ressource, et elle avait suffi pour des guérisons remarquables. Lombard, Percy, Larrey, Briot, Treille, etc., firent connaître des succès, dans lesquels les agents employés habituellement, et surtout le couteau, n'avaient eu aucune part. Treille [1] raconte de la manière suivante l'emploi qu'il fit de l'eau après la bataille de Baylen : « J'obtins, il y a sept ans, les plus heureux effets de l'application de l'eau pure sur toutes les plaies d'armes à feu.

« Une circonstance bien remarquable me força de n'employer que ce moyen. J'avoue que d'abord je ne fus pas sans inquiétudes sur les résultats, mais je fus bientôt rassuré par le succès.

« Voici le fait :

« Après la bataille de Baylen [2] (Andalousie), je restai sur le champ de bataille seul chirurgien pour y soigner cinq cents blessés. Privé de tout médicament, j'arrosai toutes les plaies avec de l'eau

---

[1] Treille, Thèse de Paris, 1816.

[2] Comme on craignait que tous les blessés sur le champ de bataille ne fussent massacrés dans la nuit, Treille seul consentit à rester avec eux.

pure. Je continuai mes pansements de cette façon pendant vingt et un jours, que nous restâmes sur le champ de bataille, ne recevant que du linge et des aliments. Comme il m'aurait été impossible de panser seul cinq cents blessés, j'en fis trois sections, j'en pansai une chaque jour, les malades des deux autres se pansaient eux-mêmes. Sept ou huit plaies seulement se gangrénèrent et je n'eus que deux tétanos. »

Après les guerres de l'empire, l'eau retomba dans l'oubli d'où sa nécessité l'avait fait sortir, et ce fut vers 1830 que Josse en fit de nouveau l'application à l'Hôtel-Dieu d'Amiens. C'était le commencement de cette époque qui, toute de calme et de développement industriel, devait mettre en pleine lumière la chirurgie conservatrice.

Dès que les succès de Josse père furent connus, Breschet, Cloquet, Bérard, Amussat, Denonvilliers, Nélaton, H. Larrey, Robert, Carteau, Caffe, Clerc de Saint-Germain et beaucoup d'autres chirurgiens, à Paris et en province, en firent l'application.

L'époque était du reste bien favorable, car nous avons vu s'élever de tous côtés des usines à machines puissantes, se construire de toutes parts des voies ferrées. Dans ces exploitations un matériel immense et brutal est continuellement en jeu, et le moindre accident laisse après lui des mutilations graves, qui sont soignées sur place ou dans les hôpitaux.

Les agents thérapeutiques, les appareils, les pansements sont appelés à jouer un grand rôle dans cette application plus complète de l'art de guérir. Mais pour remplir cette indication, ils doivent être simples, faciles à trouver et à appliquer, même par des mains peu exercées, on doit pouvoir les modifier suivant les circonstances, et les faire servir à toutes les exigences de temps et de lieux. L'eau, nous le pensons, répond à toutes ces conditions, parce qu'elle est partout et à la portée de tous, parce qu'elle ne demande, pour être fructueusement employée, que des instruments de pansement pour ainsi dire primitifs. Dans les cas de dénuement complet de ressources, elle suffira toujours à l'ingéniosité du médecin et au soulagement du malade. « L'immense avantage de l'eau, dit Lombard, c'est qu'on peut hardiment en confier l'emploi au sens commun. »

Reste la question difficile à résoudre du pronostic dans les blessures graves, les fractures avec contusions, écrasement, plaies de toutes sortes.

L'amputation immédiate était autrefois la règle, elle tend chaque jour à devenir l'exception ; du moins, et grâce à l'eau, on peut,

dans beaucoup de cas, reculer sans danger, et même rendre inutile, l'emploi de cette *ultima ratio* de la chirurgie.

Les faits qui suivent serviront, je l'espère, à convaincre les chirurgiens et à généraliser l'emploi d'un agent aussi simple que puissant.

Obs. I. *Écrasement du doigt annulaire de la main gauche; irrigations continues; guérison.* — Le 10 janvier 1866, le sieur F. B***, ouvrier charpentier, était occupé dans un chantier à diriger, pour l'amener à pied d'œuvre, une énorme caisse contenant divers blocs de marbre, lorsqu'un des rouleaux sur lesquels cette caisse cheminait, se trouvant dérangé par l'inégalité du terrain, imprima une direction vicieuse à toute la charge, et B***, qui cherchait à retenir la caisse, eut la main gauche prise entre elle et le rouleau.

Il en résulta, outre diverses écorchures sur le dos de la main, une plaie contuse au petit doigt, avec avulsion de l'ongle, et une autre plaie contuse au doigt médius. Quant au doigt annulaire, le plus maltraité, il fut littéralement broyé, dans l'étendue de ses phalanges unguéale et moyenne; les os qui constituent les phalanges furent fracturés et mis à nu dans la plus grande partie de leur longueur; l'ongle de ce doigt, aux trois quarts détaché et recourbé, restait implanté entre les fragments de l'os de la phalange; une quantité notable de sang inondait les plaies. De tels désordres semblaient exiger impérieusement l'amputation immédiate. Elle fut en effet proposée au blessé, qui manifesta positivement l'intention de temporiser, et nous eûmes alors, mon confrère M. le docteur Morpain et moi, recours au traitement suivant :

Après avoir extrait l'ongle des parties dans lesquelles il était enchâssé, nous donnâmes aux fragments des phalanges une direction aussi normale que possible, et nous maintînmes le tout à l'aide de deux compresses languettes, placées l'une sur les parties latérales du doigt, et l'autre sur les faces dorsale et palmaire.

Le doigt placé dans une gouttière, et la main étendue sur une planche légèrement inclinée, furent ensuite soumis à un filet continu d'eau froide, au moyen d'une casserole trouée dans son fond et fixée au plafond par une corde.

Le malade, couché dans son lit, recevait sans fatigue cette irrigation, qui fut continuée sans interruption pendant quatre jours.

Au bout de ce temps, au moment où le travail de la suppuration commença à s'établir, les douleurs devinrent intolérables. Nous fîmes alors cesser pour quelques heures seulement l'irrigation, qui fut remplacée par l'instillation de 15 à 20 gouttes de laudanum dans les plaies, et l'application d'un simple linge mouillé.

Les douleurs ne tardèrent pas à cesser, et les irrigations furent reprises, mais avec une décoction de tête de pavot à une température *un peu plus élevée* (15 à 18 degrés) et continuées ainsi pendant vingt jours.

A l'aide de ces moyens, les portions de téguments qui avaient été

frappées de gangrène, se détachèrent peu à peu; nous fûmes seulement obligés de reséquer l'extrémité de la phalange unguéale complétement dénudée, et il nous fut possible de rapprocher suffisamment par des bandelettes agglutinatoires le reste des téguments, pour recouvrir entièrement les os des deux phalanges.

Au mois d'avril, le sieur F. B*** était parfaitement guéri, et ne conservait plus qu'un peu de roideur de la main [1].

Lorsque j'étais l'aide particulier d'Amussat, j'ai recueilli à ses conférences chirurgicales des notes qui me permettent de donner plusieurs observations et de faire connaître la pratique de mon maître.

Obs. II. *Blessure grave du doigt annulaire droit, à la suite d'une morsure; irrigations continues; guérison avec ankylose.* — M. L***, âgé de trente-cinq ans, demeurant à Argentan (Orne), fut mordu à la main droite, le 20 novembre 1848, par un homme avec lequel il avait une vive altercation. Les dents de son adversaire pénétrèrent dans l'articulation de la phalange avec la phalangine du doigt annulaire droit, et l'ouvrirent largement du côté de la face dorsale. On pensa cette blessure successivement avec du sparadrap, des compresses trempées dans un mélange d'eau-de-vie camphrée et d'extrait de saturne, et enfin avec de la charpie enduite d'onguent basilicum. Un abcès qui survint à la face dorsale de la phalange fut ouvert par le médecin du malade.

Malgré ce traitement, l'inflammation développée au lieu de la blessure gagnant la main, on proposa la désarticulation du doigt. Avant de se résigner à cette opération, M. L*** voulut venir à Paris, pour consulter un chirurgien. M. le docteur Berrier-Fontaine, auquel il s'adressa, fit appeller Amussat le 11 décembre 1848.

A cette époque, le doigt annulaire droit était beaucoup plus volumineux que le gauche; une rougeur et un gonflement érysipélateux avaient envahi la face dorsale de la main, et le blessé ressentait des douleurs vives dans toute cette région. La plaie de l'articulation était grisâtre, les parties molles qui l'environnaient étaient en partie sphacelées et il en découlait un pus de mauvaise nature. Malgré la gravité de cette lésion, Amussat pensa qu'il fallait ajourner l'opération proposée, et essayer l'emploi de l'eau. Le soir même, M. L*** tint sa main immergée dans l'eau tiède pendant trois heures. Le lendemain il commença les irrigations continues. Un seau en zinc muni d'un robinet à sa partie inférieure était suspendu au mur, une bandelette de linge conduisait l'eau du robinet sur la main, posée sur une éponge enveloppée de linge, placée au fond d'une cuvette.

M. L***, dont les ressources pécuniaires étaient très-bornées, ne pouvant pas avoir auprès de lui une personne qui réchauffât l'eau pendant la nuit, était obligé de discontinuer les irrigations pendant

---

[1] Communiquée par M. le docteur Carteau.

son sommeil. Pour obvier à cet inconvénient, Amussat l'engagea à employer de l'eau à la température de la chambre. Dès le 18, M. L*** suivit ce conseil, et dès lors il n'y eut plus d'intermittences dans l'emploi de l'eau. Il fallut ouvrir un abcès développé à la face dorsale du doigt, et reséquer deux bouts de tendons mortifiés, qui sortaient par la plaie.

Le 22, le malade retira une assez forte esquille. Le 3 janvier 1849, Amussat fit appliquer une petite palette afin de maintenir le doigt dans une immobilité presque complète. Comme les irrigations froides paraissaient retarder le travail de cicatrisation, il fut convenu qu'on les ferait tièdes seulement pendant le jour, et que, la nuit, on envelopperait le doigt dans une compresse imbibée d'une décoction d'écorce de chêne, recouverte d'un taffetas gommé et d'une flanelle. Il se forma sur les côtés de l'articulation deux petits trajets fistuleux, qui donnèrent issue à du pus, à des portions d'os et de cartilages nécrosés.

Plusieurs fois les bourgeons charnus de la plaie principale furent cautérisés avec le caustique de Filhos. Sous l'influence de ce traitement les deux fistules se cicatrisèrent, l'ouverture principale se rétrécit notablement, et dans les premiers jours de février, M. L*** put retourner chez lui.

Au mois d'octobre 1849, il écrivait à Amussat qu'à la fin de mars il était sorti une dernière portion d'os nécrosé, et que cinq jours après la plaie était cicatrisée. Le doigt annulaire droit était de la longueur de l'auriculaire, et l'articulation blessée était ankylosée.

Obs. III. *Blessure par arme à feu au pouce de la main droite ; ablation de ce doigt ; irrigations continues ; guérison.* — M. M***, âgé de vingt-cinq ans, employé de l'administration des hôpitaux de Paris, reçut un coup de feu à la main droite, le 23 juin 1848, rue de la Vieille-Boucherie.

La balle atteignit l'extrémité digitale du premier métacarpien et l'écrasa contre le canon du fusil. M. le docteur Peschier, chirurgien de la garde nationale, présent dans ce moment, examina le doigt, et reconnut qu'il était impossible de le conserver. Les lambeaux qui retenaient encore le pouce furent coupés et égalisés, un pansement provisoire fut appliqué et le blessé rentra chez lui. Amussat, appelé le soir même par le docteur Rostan, se rendit immédiatement auprès de M. M***, qui ressentait des douleurs très-vives dans la région de la blessure.

Après avoir examiné avec soin l'état de la plaie, on décida l'emploi des irrigations continues avec de l'eau dégourdie (16 à 18 degrés centigrades). Une planche, placée sur les barreaux d'une échelle double, servit de support à un seau plein d'eau ; un tube de verre recourbé, remplacé bientôt par un siphon élastique, conduisit le liquide sur la plaie, par l'intermédiaire d'une petite bande de linge. La main fut placée sur un coussin de balle d'avoine, garnie d'une toile cirée, dirigeant l'eau dans un vase placé auprès du lit.

Les irrigations, employées pendant dix jours, diminuèrent beaucoup l'intensité de la douleur, qui, lorsque l'eau cessait de couler, était cuisante et brûlante, et maintinrent le travail de cicatrisation

dans ses limites physiologiques. Après dix jours de traitement, l'état de la blessure étant très-satisfaisant, on cessa les irrigations, et l'on pansa la plaie avec du linge cératé et de la charpie, sans exercer le moindre rapprochement sur les lèvres de la solution de continuité. Plusieurs petites eschares se détachèrent à cette époque. Le quinzième jour et les suivants, la plaie fut nettoyée avec de l'eau miellée et pansée avec des bandelettes de diachylon. Un commencement d'érysipèle de la main ayant obligé au bout de quelques jours de cesser l'emploi des bandelettes, on eut recours pendant quarante-huit heures aux irrigations continues.

On revint alors au pansement ordinaire cératé, et sept semaines après l'accident, M. M*** était complétement guéri.

Obs. IV. *Coup de feu au pied gauche; ablation d'une partie du petit doigt; emploi de l'eau en immersion; guérison.* — M. R***, se trouvant à la chasse, le 5 décembre 1852, franchissait une haie, ayant son fusil armé sous le bras. Un des coups partit, et la charge faisant balle atteignit le côté externe du pied gauche. Les deux dernières phalanges du petit orteil furent broyées et presque complétement séparées de la phalange métatarsienne.

Le blessé, placé dans une charrette, fut conduit péniblement jusqu'à une ferme voisine. Un médecin appelé coupa les petits lambeaux de chair qui retenaient encore l'extrémité du doigt.

Un pansement simple fut appliqué et arrosé d'eau glacée. De retour à Paris, M. R*** appela Amussat, qui put constater une fracture comminutive de la première phalange, avec dilacération et contusion des chairs. Le pied fut soumis immédiatement à une immersion continue d'eau tiède, contenue dans une vessie de porc fixée au-dessus des malléoles. Le malade resta trois semaines au lit; pendant ce temps, on opéra l'extraction de plusieurs esquilles. Du reste, il ne se présenta pas le moindre accident pendant tout le cours du traitement, qui, vers la fin du premier mois, se composait du pansement à l'eau.

Pendant quinze jours, le malade essaya ses forces en se promenant dans sa chambre, et au bout de cinq semaines, à dater du jour de l'accident, il put sortir en voiture et continuer son travail à son bureau.

Plusieurs petites esquilles furent éliminées et enlevées par sa femme. La guérison eut lieu au bout de trois mois, sans le moindre accident.

Obs. V. *Écrasement de l'extrémité du doigt medius de la main gauche; immersion, puis pansement à l'eau; chute de l'ongle et de l'extrémité de la phalange; guérison.* — Joseph X***, garçon marchand de vin, rue Saint-Denis, 341, âgé de vingt-deux ans, eut, le 10 janvier 1851, le doigt medius gauche écrasé par une barrique de vin, qu'il aidait à descendre dans la cave. Les chairs furent divisées, fortement meurtries, et l'ongle rejeté en dehors. L'extrémité de la phalange était à nu au fond de la plaie. Amussat, consulté peu de temps après l'accident, conseilla l'immersion continue dans de l'eau tiède, en plaçant la main dans un sac de caoutchouc fixé au-dessus du poignet.

Dès le lendemain, le malade, se trouvant très-bien de l'emploi de l'eau, put servir au comptoir tout en conservant son appareil.

Le 12 janvier, la suppuration était assez abondante et la main un peu gonflée ; l'épiderme plissé était d'un blanc mat, par suite de l'immersion continue pendant trente-six heures. Il la fit supprimer et remplacer par son pansement à l'eau ordinaire.

Le 18, l'ongle était presque entièrement détaché, et des bourgeons charnus se développaient sur la plaie. Pour plus de commodité, il fit placer le doigt, enveloppé de tulle et d'amidon, dans un petit sac en caoutchouc, terminé par un tube élastique de 10 centimètres environ. Ce petit appareil en forme d'entonnoir était moins exposé à se déranger que le pansement à l'eau. Le tube, replié et fixé avec le sac à la base du doigt, permettait de maintenir le pansement constamment humide.

Quand on voulait changer l'eau, on abaissait le tube et le liquide s'écoulait ; on le relevait, puis on versait de l'eau propre dans le sac, et on fixait le tout à la base du doigt et autour du poignet.

Le 24, il n'existait plus d'inflammation, plus de douleur, le doigt était dégonflé et l'ongle complétement détaché. On sentait l'extrémité de la phalangette nécrosée au fond de la plaie. Amussat engagea le malade à placer une petite mèche entre les lèvres de la plaie à cause de la nécrose, et à continuer le même pansement.

Le 31, la plaie était en grande partie cicatrisée, excepté au centre, où il existait un pertuis que l'on entretenait à dessein. Il conseilla au blessé de continuer le même traitement jusqu'à la guérison.

Amussat a employé également, dans les cas de blessures graves et d'inflammations phlegmoneuses de la main, l'immersion dans une vessie de porc ou dans un manchon coudé en zinc, fermé à son extrémité libre. Il s'occupait aussi de l'application de l'immersion continue au traitement de l'orchite et de la blennorrhagie dans la période aiguë.

On trouve dans les annales de la science un grand nombre d'observations, qui, comme celles que je viens de rapporter, prouvent tout le parti que l'on peut tirer de l'emploi de l'eau dans les blessures les plus graves des mains et des pieds, et qui permettent de poser en principe qu'il ne faut se décider à enlever une portion écrasée que lorsqu'il y a impossibilité absolue de la conserver. Nous ajouterons que, toutes les fois qu'il y a le moindre doute sur le pronostic de la blessure, il nous paraît préférable de s'abstenir de toute intervention chirurgicale et d'employer l'eau jusqu'à ce que les indications soient plus précises ; car il vaut mieux laisser à la nature le soin de faire la séparation indispensable, plutôt que de retrancher une partie que l'on pourrait conserver. On comprend que, principalement dans les cas de ce genre, l'eau tiède et dégourdie soit préférable à l'eau froide, qui pourrait ajouter au traumatisme l'action

d'une température trop base, quand il n'existe plus qu'une très-faible vitalité dans les tissus.

Presque tous les praticiens sont d'accord pour employer l'eau dans les blessures graves des pieds et des mains, parce que c'est dans ces régions qu'elle a le plus de puissance, à cause du peu d'épaisseur des parties soumises à son action.

Je vais actuellement étudier une série de lésions plus graves, les fractures comminutives des os des membres.

Obs. VI. *Fractures comminutives des deux pieds; irrigations continues; guérison.* — Mme L***, âgée alors de trente-huit ans, femme de chambre, d'une constitution robuste, a toujours joui d'une bonne santé. Ayant passé l'été et le commencement de l'automne de 1841 à la campagne, elle rentra à Paris, le 5 novembre, pour y préparer l'appartement de ses maîtres. Poussant avec force les volets d'une fenêtre du second étage au-dessus de l'entresol, dont la barre d'appui avait été enlevée à son insu pendant l'été, elle perdit l'équilibre et tomba dans la cour en faisant le saut périlleux.
La chute eut lieu sur les pieds, qui furent brisés. Mme L*** portait des sabots dont les éclats pénétrèrent dans les tissus. Après cet accident, elle essaya de se relever, mais elle retomba aussitôt; il y eut une hémorrhagie abondante. M. le docteur Sorlin, médecin de la maison, mandé immédiatement, fit appeler Amussat. Après avoir examiné attentivement les lésions graves des deux membres inférieurs et avoir discuté quel parti il convenait de prendre, il fut décidé que l'on emploierait des irrigations continues d'eau froide.
A cet effet, on plaça sous la malade une vaste toile cirée garnissant toute la partie inférieure du lit; sous le matelas, on disposa des coussins au niveau des genoux, de manière à obtenir une légère flexion des cuisses sur le bassin et de placer les jambes dans une position déclive. Un réservoir en métal, garni de cinq robinets, servit à faire l'irrigation.
On plaça au pied du lit une table, par-dessus une chaise, sur laquelle on posa le récipient. Les deux robinets qui correspondaient aux pieds furent seuls ouverts, de façon à laisser tomber l'eau goutte à goutte. Les membres inférieurs furent entourés d'attelles garnies de paillassons de balle d'avoine. Les pieds seuls furent soumis à l'irrigation, dont le premier effet fut d'arrêter l'hémorrhagie. Le récipient, contenant environ un seau de liquide, était rempli soir et matin avec de l'eau de pompe.
Les quinze premiers jours, la malade eut presque constamment des frissons et des douleurs occasionnés par la température trop basse du liquide. On pratiqua trois saignées du bras et on la soumit à une diète sévère. Les bourgeons charnus qui se développèrent lentement furent cautérisés plusieurs fois avec le nitrate d'argent, et recouverts de temps en temps de cataplasmes sous l'irrigation. Vers la fin du traitement, il se développa un érysipèle des jambes, qui fut traité par des applications locales. Quarante jours après

l'accident, les plaies étant cicatrisées et les fractures consolidées, on cessa complétement les irrigations. Dans les derniers temps, pour éviter une transition trop brusque dans le traitement, on diminua l'écoulement de l'eau dans le jour. La malade marcha avec des béquilles pendant trois mois et avec une canne pendant un an.

J'ai vu Mme L*** aux conférences d'Amussat et dernièrement rue de Trévise, où elle est concierge ; je l'ai examinée avec soin, et j'ai constaté sur le côté interne du pied gauche une cicatrice de 8 centimètres de longueur, dirigée d'arrière en avant, du tendon d'Achille jusqu'au cou-de-pied. La saillie du calcanéum est beaucoup moins prononcée que de l'autre côté. Il existe une protubérance osseuse sous la malléole interne du pied droit. Cette malléole est plus saillante qu'à l'état normal, et l'on voit une cicatrice sur le cou-de-pied. Mme L*** marche un peu sur le bord externe du pied droit et légèrement sur le bord interne du pied gauche. Elle éprouve de temps à autre de la douleur, principalement dans les changements de temps. Du reste, elle fait son service de concierge sans trop de difficulté.

Obs. VII. *Morsure à l'avant-bras gauche par un cheval ; fracture du radius ; irrigations continues ; guérison.* — Caudon (Jacques), âgé de vingt-huit ans, palefrenier, demeurant rue Verte, 12, était occupé, le 13 mai 1845, à débrider un cheval entier très-fougueux et méchant. Au moment où il allait enlever le bridon, l'animal le saisit par le milieu de l'avant-bras gauche, et le traîna dans son écurie en lui imprimant de violents mouvements d'élévation et d'abaissement. Quelques personnes accourues aux cris du blessé parvinrent, non sans peine, à faire lâcher prise au cheval. Le premier soin du blessé fut de plonger son bras dans un seau d'eau froide pendant dix minutes. Quand il le retira, l'eau était déjà fortement colorée en rouge. A midi, il entre à l'hôpital Beaujon dans le service de M. Robert. J'examine le blessé, et je constate une fracture du radius à 8 centimètres au-dessus du poignet, et quatre plaies transversales, linéaires, longues, de 1 centimètre environ, produites par les dents du cheval, et dont une seule paraît avoir pénétré jusqu'au radius. Il existait déjà un gonflement considérable de la main et de l'avant-bras, avec chaleur, rougeur et douleur vive aux moindres mouvements. Le pouls fort était à 78, la peau chaude et l'appétit nul.

A deux heures, application de trente sangsues sur l'avant-bras ; à quatre heures, on soumet le bras aux irrigations continues d'eau fraîche, après avoir fait disparaître la déformation.

Le lendemain, M. Robert examine le malade et constate que l'appareil s'est un peu dérangé ; le bras est déformé de nouveau, le gonflement et la rougeur n'ont pas augmenté et la chaleur a disparu. La nuit a été sans sommeil, mais le malade ne souffre pas ; il ne s'est pas écoulé de sang par les plaies, ni par les piqûres de sangsues. Pouls régulier à 76.

L'irrigation est encore continuée six jours, pendant lesquels le gonflement du membre diminue graduellement. M. Robert place

alors un appareil à fracture ordinaire, et la guérison a lieu comme dans les cas les plus simples (1).

Obs. VIII. *Fracture de la jambe; irrigations continues; guérison.* — Le 21 janvier 1847, à onze heures du matin, M. le docteur C. Capron, chirurgien-major du 10e régiment de chasseurs à cheval, vint me chercher pour me conduire rue d'Ambroise, 7, auprès de M. Noël, ancien notaire, âgé de soixante-six ans, qui, une heure auparavant, avait eu les deux os de la jambe droite fracturés au niveau du tiers inférieur. Cette fracture double et comminutive avait été produite par la chute sur la jambe d'une énorme pierre de taille, formant le chambranle d'une cheminée. Le bas, la tige de la botte et le pantalon avaient préservé la peau de déchirure, mais il y avait de fortes ecchymoses.

La fracture du tibia présentait plusieurs esquilles volumineuses, mobiles sous la peau et sous le contact des doigts. Les vêtements et la chaussure, méthodiquement divisés sur la ligne médiane, avaient permis de constater l'état indiqué. Le blessé placé dans son lit, la cuisse fut fléchie sur le bassin et la jambe sur la cuisse. Une gouttière en tôle matelassée avec du coton cardé reçut cette dernière, de simples compresses recouvrirent la jambe sans exercer aucune pression. Un seau rempli d'eau, déposé sur un plan plus élevé que le membre, et pourvu d'un tube irrigateur terminé par des brins de coton tordu, vint fournir une irrigation continue, sans aucune percussion sur le membre. Cette eau retombait ensuite dans un autre seau placé au pied du lit.

Pendant les premières vingt-quatre heures, la température de l'eau fut maintenue à 2 degrés au-dessus de zéro. Un thermomètre surnageait toujours le liquide employé. En même temps, je faisais boire au malade des infusions aromatiques à la température ambiante. La fièvre fut très-modérée, je ne fis aucune émission sanguine. Le lendemain, je prescrivis une évacuation intestinale. Ma sollicitude fut toujours extrême pour maintenir dans des limites utiles la chaleur locale du membre blessé, avec l'état du pouls et la réaction générale. Plusieurs fois je me crus obligé d'élever la température de l'eau à 12 et 15 degrés centigrades, quelquefois pendant cinq, six, huit et dix heures, je suspendais l'irrigation. Ces précautions, ces alternatives de suspension et de recours à l'irrigation se répétèrent pendant les vingt premiers jours. Je fus secondé merveilleusement, avec cette intelligence que le cœur prête à l'esprit, par les deux filles et la femme de M. Noël. A cette époque, je plaçai avec toutes les précautions possibles le bandage à dix-huit chefs, que je renouvelai souvent et que je maintins jusqu'à la fin du traitement. Dans le courant du mois d'avril suivant, M. Noël sortit en voiture. Six mois après, il pouvait faire à pied une très-longue promenade (2).

Les faits qui précèdent prouvent les avantages que l'on peut re-

---

(1) Communiquée par le docteur Lebled.

(2) Communiquée par le docteur Caffe.

tirer de l'eau froide en irrigations, et, de plus, ils servent à établir la valeur de la température du liquide. Dans la sixième observation, nous voyons de l'eau froide déterminer des douleurs et des frissons pendant les quinze premiers jours, puis le malade s'y habituer, et guérir des lésions graves qui en avaient nécessité l'application.

Dans la septième et la huitième observation, le froid a été employé beaucoup moins longtemps. Cette pratique nous paraît préférable, et nous pensons qu'en général, lorsque l'on emploie l'eau froide, il faut en cesser graduellement l'emploi dès qu'on est à l'abri des accidents inflammatoires résultant de la lésion.

En effet, les irrigations d'eau froide, très-supportables peu de temps après un accident pour combattre le traumatisme, deviennent promptement pénibles pour le malade, gênent le travail physiologique de la suppuration, si on les applique sur une grande étendue, sur un individu faible ou âgé. Ambroise Paré avait, du reste, déjà fait cette observation, car il disait qu'elle pouvait s'employer *en une partie charneuse et en un corps jeune et de bonne habitude.* (*La fin prochainement.*)

CHIMIE ET PHARMACIE.

Sur les caractères distinctifs du bromure et de l'iodure de potassium ;

Par M. Bonnefon, interne en pharmacie des hôpitaux de Paris.

Depuis que des travaux nombreux, dont ce recueil a fourni une grande partie, ont attiré l'attention sur le bromure de potassium, ce médicament est devenu d'un emploi fréquent. Malheureusement son prix est toujours élevé; aussi le bromure du commerce contient-il souvent des quantités plus ou moins considérables d'iodure de potassium, dont le prix est infiniment moindre. Comme ces deux sels, qui ont une grande analogie au point de vue physique et chimique, présentent de grandes différences au point de vue thérapeutique, et que certaines observations récentes tendent à établir entre eux une sorte d'antagonisme, il résulte de ce mélange que l'effet thérapeutique attendu fait complétement défaut, et c'est ce qui explique comment bon nombre de médecins ont attribué au médicament une inefficacité qui n'était que la faute de la préparation.

Il serait donc à désirer qu'on nous donnât une réaction facile qui permît de déceler si une solution de bromure de potassium contient, oui ou non, de l'iodure de potassium. Malheureusement il n'en existe point de vraiment pratique, et comme ce sujet est bien digne d'intérêt, nous avons cru utile de rappeler les caractères propres de ces deux sels, ainsi que les procédés d'analyse qui permettent de les reconnaître dans une solution.

Le bromure et l'iodure de potassium sont isomorphes, blancs et inodores. Le bromure a une saveur salée, un peu âcre ; l'iodure, une saveur âcre, piquante et métallique. L'action de l'air est peu sensible sur le bromure ; sur l'iodure, au contraire, l'air, par son oxygène, déplace une portion de l'iode, et par suite lui communique une légère teinte jaunâtre ; il répand, en même temps, une odeur d'iode très-sensible. Le bromure est très-soluble dans l'eau ; peu soluble dans l'alcool. L'iodure est très-soluble dans l'eau et l'alcool. Une dissolution de bromure de potassium par le nitrate d'argent donne un précipité blanc jaunâtre de bromure d'argent, soluble dans un excès d'ammoniaque ; avec un sel de plomb, on obtient un précipité blanc. Une dissolution d'iodure de potassium donne, avec le nitrate d'argent, un précipité blanc d'iodure d'argent, complétement insoluble dans l'ammoniaque ; avec un sel de plomb, un précipité jaune d'iodure de plomb. Le bichlorure de mercure est sans action sur une solution de bromure ; dans une solution d'iodure, il donnera naissance à un précipité rouge de bi-iodure de mercure. Le brome et l'iode sont mis en liberté de leur composé alcalin par l'acide nitrique, sulfurique, le chlore, etc. Le brome décompose l'iodure ; l'iode est sans action sur le bromure.

L'isomorphisme de ces deux sels rend impossible de juger à vue d'œil s'il y a mélange entre eux ; on est donc obligé de recourir aux procédés chimiques.

1° Si le bromure de potassium contient de l'iodure de potassium :

On fait dissoudre une petite quantité du sel à essayer dans de l'eau où préalablement on a délayé de l'empois d'amidon ; on ajoute quelques gouttes d'acide azotique nitreux. S'il y a de l'iodure, aussitôt on voit apparaître une belle couleur bleue ; il y a eu formation d'iodure d'amidon. Il faut employer de préférence l'acide azotique nitreux, parce qu'un excès de chlore, de brome et d'ozone ferait disparaître la coloration.

2° S'il y a du bromure dans l'iodure :

Pour le découvrir, il faut dissoudre une petite quantité du sel

dans l'eau distillée, précipiter par l'azotate d'argent et reprendre par l'ammoniaque en excès. L'iodure reste indissous; on sature alors la dissolution par l'acide nitrique pur; s'il y a du bromure d'argent, il se précipitera.

Le meilleur procédé a été donné par M. Personne. Il consiste à verser dans la dissolution d'iodure soupçonnée un excès de sulfate de cuivre; on fait ensuite passer dans la liqueur un courant d'acide sulfureux, et l'on filtre. On sépare ainsi l'iode à l'état d'iodure de cuivre. On met une portion du liquide surnageant dans un tube, avec un peu d'eau chlorée qui sépare le brome, s'il y en a, et qui se colore en jaune.

Les affinités inégales que le brome et l'iode ont pour l'argent offrent un moyen facile d'analyser un mélange où se trouveraient réunis du bromure et de l'iodure de potassium. Cette méthode est de M. Frield; elle repose sur ce fait, qu'un équivalent de bromure d'argent est entièrement décomposé par un équivalent d'iodure de potassium.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Du perchlorure de fer associé à l'opium dans le traitement des affections cholériques.

Monsieur le Rédacteur,

Un des derniers répertoires du *Bulletin général de thérapeutique,* relatif à un certain nombre d'essais heureux de traitement de la diarrhée cholériforme, de la cholérine, et même du choléra, par le perchlorure de fer, entrepris à l'hôpital Saint-Lazare par M. Delesenne, interne dans le service de M. le docteur Boys de Loury, m'engage à ne pas différer davantage la publication au moins partielle d'un travail commencé par moi depuis bientôt trois ans sur le même sujet.

Parmi les éléments morbides qui caractérisent une attaque de choléra, deux surtout, par leur fréquence et leur importance, semblent le plus souvent primer tous les autres, je veux dire, d'une part, l'abondance excessive des évacuations gastro-intestinales, d'un aspect séro-albumineux, d'une odeur fade, *sui generis,* autrement dit la *désalbumination* du sang, d'où comme conséquence la suppression des autres sécrétions par absence ou insuffisance de l'hématose, l'algidité aboutissant à l'asphyxie; de l'autre, l'état de

souffrance profonde, de violente perturbation du système nerveux cérébro-spinal et ganglionnaire, se traduisant par l'intensité des douleurs à caractère spasmodique, les crampes, les convulsions du diaphragme, etc.

Entre tous les agents de la matière médicale, le perchlorure de fer, par ses propriétés astringentes et coagulantes sur l'albumine du sang, m'a paru devoir agir physiquement d'abord sur les tissus avec lesquels il est mis en contact par astriction, et chimiquement par sa combinaison avec les matières albuminoïdes renfermées dans le sang; par son innocuité à dose déterminée et la facilité de son administration à l'intérieur chez la plupart des sujets, par son action en quelque sorte tangible sur l'hématose, il me sembla merveilleusement propre à remplir efficacement l'une des premières et des plus capitales indications. D'autre part, l'opium, ce sédatif par excellence de la sensibilité, et qui rend chaque jour de si incontestables services dans une foule d'affections gastro-intestinales à forme douloureuse ou sécrétante, me parut le congénère en quelque sorte obligé du premier ; d'où les avantages suivants dans l'application clinique :

1° Epargner de nouvelles souffrances aux malheureux cholériques que la soif dévore, que les boissons théiformes dégoûtent le plus souvent et fatiguent toujours, impuissantes qu'elles sont d'ordinaire à arrêter les évacuations et à rétablir l'ordre, si ce n'est au prix d'une réaction redoutable ;

2° Rendre possible et sans inconvénient l'usage à petites doses des boissons froides acidules, instinctivement réclamées par presque tous les cholériqnes ;

3° Rendre infiniment moins intenses et par là moins dangereuses les réactions consécutives aux attaques du choléra, grâce à l'action modificatrice lente, modérée, soutenue et cependant progressive à volonté du perchlorure, eu égard au mode adopté du fractionnement des doses ou au degré de dilution du sel ;

4° Enfin, venir puissamment en aide à l'action des agents destinés à réveiller le jeu de la sensibilité et de la tonicité tégumentaire engourdies; frictions ou sinapismes, etc., qui semblent d'autant mieux réussir que la sédation du tégument interne est plus complète.

Obs. I. Le 30 juillet 1864, me trouvant par hasard dans un village près de Besançon, je fus prié d'aller voir par charité un pauvre journalier de la banlieue, qui était venu depuis quelques jours faire la moisson chez un des fermiers du lieu, et, couché bien portant la veille, se trouvait actuellement à toute extré-

mité. C'était un homme d'une quarantaine d'années, de constitution médiocre, lequel, après avoir bu démesurément la veille de l'eau froide ayant très-chaud, fatigué beaucoup et mangé fort peu, avait été pris brusquement dans la nuit de coliques violentes avec vomissements, crampes et diarrhée qui continuaient encore un instant avant ma visite. Rien de plus triste que le spectacle de ce malheureux gisant sur de la paille, dans une grange, et tout inondé des matières de ses déjections, et qui semblait déjà prêt à entrer dans les transes de l'agonie. C'est, je crois, un des plus violents choléras bleus que j'aie vus : facies entièrement décomposé; teint livide, plombé, yeux caves, ternes, voix éteinte, peau glutineuse et froide, langue et haleine glacées, pouls précipité, d'une faiblesse extrême, crampes, coliques, diarrhée et vomissements riziformes, soif inextinguible qu'exaspèrent surtout les boissons chaudes données dès le début; bref, habitus cholérique parvenu à la période ultime de l'algidité; cas désespéré enfin.

Par bonheur, j'avais avec moi deux médicaments qui ne me quittent guère en campagne: un flacon de perchlorure de fer d'Adrian et une fiole de laudanum de Sydenham. A l'instant même, 30 gouttes de perchlorure de fer avec 20 gouttes de laudanum sont versées dans un verre d'eau froide, et données par cuillerées de demi-heure en demi-heure, avec recommandation d'éloigner les doses au fur et à mesure de l'amélioration obtenue. Toutes les autres boissons sont supprimées, et des sinapismes sont appliqués aux jambes. Je rassurai le malade de mon mieux; et, pour ne pas effrayer, évitai de prononcer le nom de la maladie, aucun cas de choléra n'ayant encore paru dans le village.

A peine le malade avait-il absorbé les premières cuillerées de son remède, qu'il se sentit soulagé et comme rappelé à la vie; c'est alors qu'il demanda à être reconduit chez lui, disant qu'il se sentait bien : à partir de là, crampes, diarrhée et vomissements avaient cessé rapidement, pour ne plus revenir, en même temps que s'opérait le retour d'une douce chaleur à la peau, et que la sécrétion urinaire, jusque-là suspendue, reprenait librement son cours. Bref, une bonne et franche réaction était désormais assurée. Sur ses instances réitérées, le malade fut mis sur un chariot avec toutes les précautions convenables, pour être reconduit chez lui, à une lieue de là; le voyage se fit heureusement tout en continuant l'emploi du remède, et, peu de jours après, l'heureux échappé à la mort venait fêter gaiement chez ses braves hôtes sa résurrection.

Obs. II. Le 3 août 1865, je fus appelé au milieu de la nuit au-

près d'une petite fille de onze ans, L*** C***, en proie depuis deux jours à des vomissements et à une diarrhée blanche d'une abondance telle, qu'on s'attendait à la voir d'un instant à l'autre succomber d'épuisement. L'enfant, dévorée de soif, avalait à toute minute des masses de liquide, qui étaient rendues à l'instant même par le vomissement. A mon arrivée, elle était très-affaiblie, à demi aphone; la peau et la langue froides, le visage livide, marbré. Les déjections, qui partaient comme par une véritable explosion, offraient au plus haut degré le caractère spécifique propre au choléra.

L'administration immédiate de la potion ferro-opiacée qui m'avait si bien réussi chez le premier malade fut ici encore promptement suivie du même résultat. A partir de la première cuillerée, toute déjection avait cessé sans retour; le mieux continua dès lors à vue d'œil, et dès le lendemain la petite fille courait les rues.

Obs. III. Le 1er septembre 1865, on me manda précipitamment dans la nuit pour voir une pauvre femme, d'une cinquantaine d'années environ, affaiblie par la fatigue et les privations; la veuve Ringlet, qui, après s'être couchée le soir bien portante, avait été réveillée tout à coup vers minuit par des crampes, vomissements et diarrhée séro-floconneuse. dont tout le devant du lit était inondé. Grande faiblesse, voix éteinte, petitesse et concentration du pouls, algidité, peau glutineuse, refroidissement général encore persistant à un degré notable, bien que les selles et les vomissements eussent déjà un peu diminué d'intensité.

Le même traitement que chez les deux malades précédents fut à l'instant même prescrit et administré, et suivi comme chez eux, et avec la même rapidité, du même succès, sans le moindre accident subséquent. Les sinapismes, un peu de boisson acidule donnée de loin en loin pour calmer la soif qui était très-grande, puis bientôt un peu de bouillon froid, complétèrent le traitement.

Obs. IV. Dans un des premiers jours d'octobre de la même année, le nommé B***, âgé de quarante-cinq ans, journalier, de constitution affaiblie par le travail et une alimentation chétive, souffrant depuis huit jours d'une diarrhée abondante, pour laquelle il n'avait pris ni soins ni repos, s'était couché après souper comme d'habitude, et, vers deux heures du matin, avait été réveillé brusquement par des coliques violentes, avec diarrhée, vomissements, crampes, refroidissement, perte de la voix, suppression des urines, etc., bref, une attaque de choléra complet. Ces accidents n'avaient été combattus que par de l'eau de riz, et continuaient tels quels à mon arrivée auprès du malade, vers midi. Il y avait des

douleurs violentes dans le ventre, les yeux étaient encavés, et le visage tout décomposé.

Je me hâtai de soumettre mon malade au traitement précédemment décrit. Potion par cuillerées très-rapprochées d'abord, et bientôt éloignées progressivement. — Cessation des boissons chaudes, sinapismes ; retour assez prompt, mais avec ménagement, à l'alimentation réparatrice, et quelques jours après le malade reprenait ses occupations habituelles.

Ce qui frappe surtout dans ces observations, c'est la rapidité constante du résultat obtenu, à partir de la première dose même du médicament jointe à la rapidité et à la solidité de la guérison. Quoique graves pour la plupart d'entre eux, le premier notamment, il y a loin, je me plais à le reconnaître, de ces cas isolés sporadiques au véritable choléra épidémique fulgurant, et il serait peut-être téméraire de fonder dès aujourd'hui l'espoir d'un succès assuré dans l'immense majorité des cas de choléra asiatique, par ces seuls moyens. Mais tels qu'ils sont déjà, et rapprochés de ceux signalés dans ces derniers temps dans le service hospitalier de Saint-Lazare, ils me semblent plus que suffisants dès à présent pour légitimer de nouvelles expériences.

Voici la formule de traitement à laquelle je me suis arrêté :

Potion ferro-opiacée.

Pr.	Perchlorure de fer liquide d'Adrian [1] de.	50 à 75 gouttes.
	Laudanum de Sydenham...............	30 à 50 —
	Eau de fontaine........................	1/2 litre.

Sucrer ou non *ad libitum*, mais mieux encore s'abstenir.

A prendre par cuillerée à bouche tous les quarts d'heure ou demi-heures d'abord, dans les cas graves, puis seulement d'heure en heure.

Si, par exception, la potion venait à être obstinément rejetée par l'estomac, je conseillerais de la donner en lavement à la dose de quatre à six cuillerées à la fois, dans un verre d'eau froide, et de la répéter d'heure en heure de la même manière.

Dans le cas où la répugnance du malade pour la saveur atramen-

---

[1] Ce n'est pas sans bonne raison que je suis arrivé à n'employer désormais que le perchlorure d'Adrian à l'exclusion de tout autre ; celui-ci restant toujours inaltérable et identique à lui-même, tandis que nombre d'autres que j'ai expérimentés ne m'ont offert qu'un produit vicié, altérable, et d'un effet incertain et variable.

taire du perchlorure ferreux ne lui permettrait pas de le prendre pur, j'associerais à la potion soit un peu de sirop de limon, soit du rhum, au choix du malade.

Enfin, dans le cas de profonde dépression des forces vitales au début, d'algidité d'emblée ou de choléra foudroyant, je n'hésiterais pas à recourir, comme je l'ai fait dans d'autres cas avec succès, à l'association du rhum dans la potion, à la dose de deux ou trois cuillerées à bouche, et cela sans qu'il m'ait paru que la médication perdît la moindre chose en efficacité.

Veuillez agréer, etc. A. VAILLANDEL,

Ancien interne à l'hôpital de Besançon, etc.

Pin-l'Emagny (Haute-Saône), 25 octobre 1866.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes, considérées principalement au point de vue du diagnostic et du traitement, contenant un appendice sur les maladies du vagin et de la vulve, avec 240 figures intercalées dans le texte, par A. COURTY, professeur de clinique à la Faculté de médecine de Montpellier [1].

Après avoir été, pendant des siècles, à peu près complétement laissées dans l'ombre, et soumises, quant au diagnostic, à une sorte de divination, les maladies de l'appareil génital, chez la femme, sont devenues peu à peu l'objet d'ardentes recherches, de tentatives thérapeutiques très-diverses; et, à l'heure qu'il est, malgré tous les travaux accumulés, il ne se passe pas d'année qui, soit en Angleterre, en Allemagne, en France, soit en Amérique, etc., ne nous apporte un contingent plus ou moins considérable de monographies gynécologiques, si l'on veut bien nous permettre ce mot, quand ce ne sont pas des traités plus compréhensifs, embrassant plus ou moins complétement dans leur ensemble toutes les maladies médicales ou chirurgicales de l'appareil sexuel. Si nous avons cru devoir faire précéder de ces lignes le coup d'œil sommaire que nous allons jeter sur l'ouvrage du savant professeur de Montpellier, ce n'est pas que notre curiosité lassée nous ait porté tout d'abord à accueillir froidement un livre qui vient, après tant d'autres, agiter les mêmes questions, emboîter les mêmes ornières.

(1) 1 vol. grand in-8° de 1100 pages, cartonné à l'anglaise. — Prix : 16 fr., Asselin, éditeur.

Non, nous avons encore la naïveté du respect des maîtres, et quand un professeur qui a l'honneur de s'asseoir dans une chaire de la Faculté de médecine de Montpellier prend la parole, nous avons la faiblesse de l'écouter, convaincu à l'avance que, s'il ne nous apporte pas d'enseignements nouveaux sur des questions depuis longtemps agitées, il nous traduira tout au moins correctement l'état de la science sur ces questions et éclairera la pratique, qui est au bout de celles-ci, des lumières de sa propre expérience. On verra tout à l'heure que ce *candidisme,* qui ne va pas pourtant jusqu'à faire de la position d'un homme un symptôme pathognomonique du génie, ne nous a pas égaré dans cette circonstance, et que le livre de M. le professeur Courty est une œuvre qui a sa place marquée dans le coin privilégié des bibliothèques où l'on met à la portée de la main les ouvrages utiles et sagement progressifs.

Sans niaiser dans les sentiers battus du compte rendu classique, où, sous une autre forme, on reproduit la table du livre des auteurs, allons de suite *in medias res,* et efforçons-nous d'indiquer nettement l'esprit général qui sort des enseignéments de ce livre, et qui imprime à la pratique à laquelle ces enseignements concluent l'originalité qui la distingue, en une certaine mesure, de la pratique commune.

Après avoir exposé sommairement un certain nombre de notions, toujours utiles à rappeler, relativement à l'anatomie et à la physiologie de l'appareil génital chez la femme, M. Courty aborde immédiatement la question des maladies de cet appareil. Dans cette étude magistrale, le savant médecin de Montpellier met en un vif relief, qui doit frapper les esprits les plus distraits, les difficultés auxquelles on se heurte inévitablement quand il s'agit de se reconnaître au milieu du chaos mobile, fuyant, de la symptomatologie de ces maladies. Par un privilége qu'elles tiennent du milieu où elles se développent, autant au moins que des relations symptomatiques, sympathiques, réflexes, qu'elles peuvent entretenir avec l'organisme, les maladies utérines revêtent souvent des formes insidieuses qui peuvent égarer le diagnostic en éloignant le regard de l'observateur du foyer, d'où émanent, comme des rayons confus, une foule de phénomènes divers : des troubles de la myotilité, de la sensibilité, de l'intelligence même ; une dépression vitale profonde, souvent liée à une anémie lentement développée, qui, elle-même, a été fréquemment précédée de troubles graves du côté des fonctions digestives, tel est, dans une foule de cas des maladies de l'appareil sexuel de la femme, le voile sous lequel se dissimule, aux yeux de

l'observateur novice, le mobile qu'il s'agit de saisir cependant, et de bien déterminer, si l'on ne veut courir le risque de mettre le remède à côté du mal, et parfois d'aggraver le mal par le remède même.

M. Courty, en maître consommé en ces matières, trace d'une main prudente la marche que l'analyse symptomatique doit suivre ici particulièrement pour arriver au but, c'est-à-dire à une présomption suffisante qu'il s'agit d'une maladie utérine que l'exploration locale, avec ses artifices divers, permettra d'affirmer ou de caractériser.

Mais alors même que cette sagace analyse vous a conduit au siége du mal, à la notion de la nature du mal, votre tâche n'est pas finie; cette altération locale anatomique, bien déterminée, n'a-t-elle aucun rapport avec le sol organique où elle s'est développée? Est-ce un pur traumatisme, ou bien ce traumatisme n'entretient-il pas avec quelque diathèse héréditaire ou acquise, avec quelque servitude physiologique, des rapports de dépendance tels qu'il faut en tenir compte, sous peine de voir échouer les médications les mieux conçues et les plus opportunément appliquées? Voilà encore une autre face de la question qu'il faut examiner avec la plus scrupuleuse attention, si l'on ne veut s'exposer à se fourvoyer à chaque pas dans cette insidieuse et obscure pathologie. Sur tous ces points de délicate analyse diagnostique, on trouvera dans l'ouvrage de M. Courty un guide aussi sûr qu'il est permis d'en espérer lorsqu'il s'agit de se diriger en une voie féconde en chausse-trapes de toutes sortes. Nous n'éprouvons qu'un regret en face de ce travail, que nous appellerions herculéen, si l'auteur, ce qu'il se plaît d'ailleurs à confesser, n'avait eu la fortune de s'appuyer en partie sur des travaux antérieurs, qui ont très-heureusement amoindri sa tâche; nous n'éprouvons, répétons-nous, qu'un regret, c'est qu'emporté par une idée juste, celle des connexions intimes qui lient, comme origine, ou tout au moins comme solidarité d'évolution, les traumatismes, dont il est question en ce moment, avec les diathèses, M. Courty ne montre, nous paraît-il, quelque tendance à exagérer cette donnée, jusque-là qu'il la voie peut-être où elle n'est pas. Ainsi, le médecin de Montpellier, en face d'un ou deux faits, très-susceptibles d'une autre interprétation, se demande si la goutte n'est pas complice de certaines maladies utérines. Nous n'oserions assurément répondre *hic et nunc* négativement à cette question; mais ce que nous croyons pouvoir affirmer, c'est que, dans l'état de la science, cette relation possible est encore dans la nébuleuse de l'hypo-

thèse, et qu'un peu de réserve ici serait d'une saine logique. Quoi qu'il en soit à cet égard, après avoir terminé ce travail de patiente analyse, et avoir ainsi assuré à l'avance les pas du médecin dans la voie d'un diagnostic plus topique, qu'il éclairera plus tard d'une égale lumière, notre savant confrère suit les mêmes errements que tout à l'heure pour asseoir les bases fondamentales de la thérapeutique applicable aux maladies si nombreuses et si variées de l'appareil génital de la femme.

Ici, l'auteur, fidèle au drapeau de l'école dont il n'est pas un des moins distingués représentants, fait revivre les idées de Barthez sur les méthodes auxquelles doit être soumise la thérapeutique. Nous trouvons dans le livre de M. Courty un énoncé très-net de certains principes que nous oublions trop de ce côté de la France, qu'il n'est pas mal de rappeler, les positivistes dussent-ils prendre cela pour paroles de revenants, et se signer comme on se signe dans cette école, quand on a peur de quelque vérité. « La médication, dit le médecin de Montpellier, est la réponse directe à l'indication; c'est une impression produite sur les organes par un moyen ou l'association de plusieurs moyens, et destinée à modifier le système vivant dans un sens ou dans un autre. La méthode est la marche qu'il convient de suivre dans l'emploi des médications et des moyens qui les réalisent : c'est une simple tutelle que l'on donne à la nature, lorsqu'elle a une tendance à la guérison, ou une marche qu'on lui trace, une impulsion qu'on lui imprime sur diverses voies conduisant à un but commun, ou une règle qu'on lui impose, sans raison apparente plausible, mais en vertu de l'expérience acquise. » Ceci est du Barthez pur, tout le monde le voit; est-ce moins bon que le *compelle intrare* du chimisme à outrance, qui prétend à restaurer la vie comme on nettoie des pendules ou qu'on repique de vieux habits?

Je me suis laissé entraîner plus loin que je ne voulais dans l'exposition des idées fondamentales que développe consciencieusement le professeur de Montpellier dans une partie de son livre, et il ne me reste plus de place pour le suivre dans l'étape plus laborieuse encore qui lui reste à faire, et où il parcourt toutes les maladies de l'appareil sexuel chez la femme, pour les envisager sous tous les aspects que considère le médecin praticien, et préciser les médications qu'appelle chacune d'elles. Si versé qu'on soit dans les questions nombreuses qui se posent à propos de cette difficile pratique, nous sommes convaincu qu'on ne lira pas sans profit un ouvrage où le luxe des détails égale l'intérêt qu'une plume exercée et un

sincère amour de la science et de l'art ont su répandre sur des sujets aussi variés qu'intéressants. Rien n'est omis dans cette immense encyclopédie des maladies d'une région où elles se montrent si fécondes, depuis le cancer et les troubles divers de la menstruation jusqu'à l'ovarite et la vaginite, depuis les kystes de l'ovaire et les tumeurs fibreuses jusqu'au vaginisme et la coccyodynie. Là, partout se montre la marque d'un esprit rompu depuis longtemps aux difficultés de la pratique des choses dont il parle, et quiconque le suivra dans les applications quotidiennes de l'art sentira naître en lui une confiance qu'ébranle souvent un scepticisme superficiel, ou de non suffisante information, et les malades y gagneront, en même temps que la médecine, se montrant réellement plus puissante, grandira dans l'estime des hommes appelés à en bénéficier.

Nous ne ferons plus qu'une remarque, et cette remarque est extra-scientifique : le livre de M. le professeur Courty, enrichi de planches nombreuses, est véritablement un livre splendide; un cartonnage à l'anglaise, qui ne doit pas en augmenter beaucoup le prix, ajoute encore au confortable de l'ouvrage. Grâce à ce cartonnage, un ouvrage de plus de mille pages ne forme qu'un seul volume. Tout le monde se plaint que le *res angusta domi* du poëte latin doit s'entendre désormais des appartements mêmes qui se rétrécissent à vue d'œil : partant les bibliothèques ne sont plus possibles. Reliez-vous donc, messieurs les auteurs; outre que par là vous tiendrez moins de place, vous séduirez l'œil davantage, et peut-être finirez-vous, grâce à cette coquetterie, par triompher de la mauvaise fortune dont vous vous plaignez. Ce conseil sera-t-il écouté? Hélas! il y a ici pour beaucoup un quart d'heure de Rabelais qu'il faut passer avec le libraire, que par euphémisme on appelle son éditeur (*non ignara mali*, etc.), et qui, je le crains, nuira à la réalisation de l'innovation que je propose, et qui pourtant est monnaie courante à Londres. Si nous étions tous quelque peu professeurs! Qui sait si la démocratie n'ira pas un jour jusque-là? En attendant, nous resterons brochés. Les crinolines passeront, mais, je le crains bien, cette parole ne passera pas.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Bons effets de l'emploi du tartre stibié contre les accidents urémiques. — Un journalier, âgé de cinquante ans, entre le 17 dé-

cembre 1866 à l'hôpital de la Charité, service de M. Bucquoy, agrégé de la Faculté.

Cet homme est dans un état de cachexie dont la cause est difficile à distinguer. Il présente, en effet, un cœur dont la matité est accrue, dont les battements sont inégaux et irréguliers, sans offrir toutefois de bruit anormal manifeste. Les traces d'un vésicatoire appliqué autrefois sur cette région confirment cette idée que le cœur doit être mis en cause dans l'état pathologique actuel.

Cependant le degré excessif de l'anasarque, son développement en particulier à la face, un certain degré d'ascite, cela, joint tout à la fois à fort peu de cyanose et à un degré excessif d'albuminurie, porte à admettre que l'élément essentiel de cette scène morbide est plutôt dans l'albuminurie que dans l'asystolie cardiaque ; c'est ce que montre l'analyse de l'urine.

Le malade se présente, d'ailleurs, avec un état cérébral qui rappelle les principaux traits de la forme comateuse de l'urémie, et, pendant les cinq premiers jours qu'il est à l'hôpital, il tombe dans un état d'absorption de plus en plus prononcé, et, malgré l'application des ventouses, malgré l'administration de vin diurétique et d'un peu de scammonée, il ne tarde pas à devenir tout à fait insensible ; la connaissance est complétement perdue, le malade gâte son lit, et les extrémités se refroidissent.

Le 22 décembre, en présence de cet état, compliqué de congestion du foie et surtout d'une congestion pulmonaire avec œdème considérable, M. Bucquoy prescrit une potion avec 10 centigrammes d'émétique.

Cette potion produit deux vomissements abondants, constitués exclusivement par des matières muqueuses et bilieuses.

Le soir même, amélioration véritablement frappante. Le malade parle, quoique difficilement encore, et a repris sa connaissance. La chaleur reprend une répartition plus égale, et l'oppression semble notablement diminuée.

Le 23, au matin, cette amélioration se confirme et motive la continuation de l'usage de la potion émétisée. Celle-ci est continuée pendant trois jours sans aucune tolérance, et aussi sans aucune apparence de fatigue. L'amélioration se continue au contraire et se confirme. Il n'y a plus d'incontinence, la chaleur est redevenue normale ; le pouls, un peu moins irrégulier et mieux frappé, indique une circulation moins entravée. Il y a moins de râles dans les poumons, enfin la connaissance est revenue, et le malade parle assez

franchement, bien qu'il ne donne que des renseignements fort imparfaits sur son état antérieur.

Les urines examinées le 28 présentent un précipité moins abondant, le malade respire mieux et recommence à manger. Le cœur, cependant, demeure inégal dans ses battements et sourd dans ses bruits, sans offrir de souffle anormal.

Le 31 décembre, l'amélioration que le tartre stibié a si manifestement produite se continue et se confirme.

Le 4 janvier, l'examen des urines ne révèle aucun précipité, ni par la chaleur, ni par l'acide nitrique.

Le malade va très-bien, il se lève toute la journée.

Il quitte l'hôpital à la fin de janvier.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

De l'usage thérapeutique de l'ortie. L'année dernière [1], nous avons rappelé l'emploi que les médecins espagnols faisaient de l'ortie contre les hémorrhagies. Le docteur Vanackère a été amené à faire quelques recherches sur l'emploi de cette plante, pour un cas de métrorrhagie passive, où tous les moyens conseillés en pareille circonstance avaient échoué. Fort embarrassé, il se décida à consulter son père, qui pratique la médecine depuis une trentaine d'années ; et ils convinrent d'administrer à la malade, dont la vie était gravement compromise, la décoction d'ortie à la dose de 80 grammes par 1,000 grammes d'eau, à prendre par tasses, matin, midi et soir. Dès le second jour, la perte sanguine était considérablement diminuée ; l'amélioration continua les jours suivants et, au bout de quelque temps, la malade était complétement rétablie.

Depuis ce cas, notre confrère a eu souvent occasion de donner ses soins à des personnes atteintes d'hémorrhagie, telles que épistaxis, ménorrhagie, hématémèse, etc., et ses efforts ont toujours été couronnés d'un succès souvent inattendu, grâce aux effets thérapeutiques de l'ortie, prescrite sous forme de suc exprimé et le plus communément en décoction. L'administration de cette plante n'a cependant pas toujours été sans quelques légers inconvénients ; ainsi, outre la répugnance qu'éprouvent beaucoup de personnes à prendre ce médicament, l'ingestion fréquemment renouvelée de la préparation ortiée produisait une certaine irritation stomacale accompagnée d'une sensation douloureuse à l'épigastre, à tel point que chez une malade on a dû cesser l'emploi. Afin d'obvier à cet inconvénient, M. Vanackère prescrit depuis quelque temps, concurremment avec la tisane d'ortie, la décoction de racine de grande consoude (à la dose de 15 grammes par 500 grammes) qui par ses propriétés mucilagineuses, émollientes et astringentes, corrige l'effet désagréable de la première, tout en favorisant son action hémostatique.

Avant de terminer ces quelques réflexions, nous ferons remarquer que deux fois notre confrère s'est trouvé dans le cas de prescrire une infusion saturée de fleurs sèches d'ortie blanche à la dose de plusieurs tasses par jour, à une jeune femme atteinte de leucorrhée atonique et chez laquelle il avait épuisé en vain la série de médicaments usités en pareil cas ; l'affection a cédé les deux fois à l'administration de ce médicament.

D'après ces considérations, on a lieu de s'étonner que la quasi-généralité des thérapeutistes modernes aient banni cette plante de leurs ouvrages

[1] T. LXX, p. 470.

de matière médicale, et que les rares auteurs qui en traitent négligent toutefois de citer son action héroïque contre les hémorrhagies. (*Gazette des Hôpitaux.*)

De l'emploi des injections d'amidon dans le traitement de l'urétrite. M. Luc, médecin-major au 10e régiment de chasseurs, propose de substituer aux injections de sous-nitrate de bismuth l'emploi des injections amylacées dans le traitement de l'urétrite. Depuis 1862, il a obtenu, à l'aide de cette méthode, même sous un climat humide où les tissus sont d'une atonie exagérée, une moyenne de traitement bien supérieure à celle que donnent toutes les autres.

Comment prépare-t-on ces injections ? M. Luc va nous le dire :

« Il suffit de réduire dans un mortier l'amidon en poudre impalpable et de le mélanger à une certaine quantité d'eau à une température de 20 degrés environ ; cette bouillie d'amidon doit être aussi épaisse que possible, mais pas trop, cependant, pour ne pas pouvoir passer par le bec de la seringue destinée à faire les injections. »

A quelle époque et comment les emploie-t-on ?

« Dans l'urétrite aiguë de n'importe quelle nuance, ajoute M. Luc, je commence par soumettre le malade aux bains de siége, jusqu'à ce que la douleur du canal soit apaisée ; je lui fais prendre en même temps de l'opiat à la dose de 15 grammes par jour, tandis qu'il est soumis à la tisane de graine de lin comme boisson ; puis je le soumets aux injections amylacées à raison de quatre en moyenne par jour, et plus, si cela est nécessaire. Dans l'urétrite indolente, je commence les injections immédiatement.

« Pour les employer, on charge la seringue après avoir enlevé le piston ; on replace celui-ci, on chasse l'air que l'instrument peut contenir, on agite le liquide, puis on injecte immédiatement. On se comporte alors exactement comme pour les injections de sous-nitrate de bismuth. »

Enfin, M. Luc conclut que ces injections sont :

1° D'un prix insignifiant relativement aux autres ;

2° Que leur préparation ne demande pas les mêmes précautions ni les mêmes exigences que celles de sous-nitrate de bismuth surtout, qui, malgré la recommandation formulée, est souvent mal lavé, contient un excès d'acide et produit un effet contraire à celui que l'on désire ;

3° Qu'on peut se procurer de l'amidon partout ;

4° Qu'elles ne produisent jamais de douleurs ni de rétrécissement, maintiennent le canal dans un état permanent de dilatation, et par là même isolent ces parois l'une de l'autre, tout en absorbant le muco-pus qu'elles sécrètent. (*Recueil des mémoires de médecine et de chirurgie militaires.*)

Traitement des névralgies par la vératrine. M. Bertrand, médecin-major de deuxième classe, a publié huit observations de *névralgies faciales et de migraine*, où, lorsque le quinquina et les vésicatoires avaient été vainement employés, il a promptement réussi avec la pommade suivante :

Vératrine.	0,50 cent.
Chlorhydrate ou sulfate de morphine.	0,20 cent.
Axonge fraîche ou glycérolé d'amidon. . .	30 gr.

Les frictions doivent être pratiquées de préférence au moment des paroxysmes, chaque fois qu'ils se reproduisent, jusqu'à disparition complète et définitive de la douleur. Deux ou trois frictions suffiront dans la plupart des cas.

M. Bertrand se croit en conséquence autorisé à regarder l'emploi de la vératrine à l'extérieur comme infiniment préférable aux moyens généralement dirigés contre les névralgies superficielles. La belladone, l'atropine, causent des troubles dans l'économie, surtout du côté de la vue; la morphine nécessite l'application préalable des vésicatoires ; les injections sous-cutanées, l'acupuncture et l'électrisation ne sont pas toujours praticables et acceptées par les malades. Les applications de cyanure de potassium ont l'inconvénient de rougir les cheveux, de les rendre cassants. Indépendamment des brûlures que son usage externe détermine, le chloroforme n'est pas toujours impunément respiré.

Avec la pommade de vératrine, conclut M. Bertrand, rien de tout cela n'est à craindre ; elle est blanche, sans aucune odeur, ne produit pas de réaction appréciable sur la peau, et quelle que soit la quantité d'alcaloïde

employée, il n'a jamais vu survenir d'accident à la suite de son absorption par l'économie. (*Recueil des mémoires de médecine et de chirurgie militaires.*)

De la quinine comme cause de purpura. La quinine, dans les cas observés par le docteur Vépan, était toujours chimiquement pure, de sorte qu'elle seule pouvait être regardée comme cause des phénomènes observés.

1° Une femme de cinquante ans prit toutes les six heures 10 centigrammes de sulfate de quinine pour une névralgie; le lendemain la dose fut augmentée de 5 centigrammes, et on lui appliqua un vésicatoire à l'aisselle. Le jour suivant, la place du vésicatoire était toute noire; il en suintait une sérosité sanguinolente; de plus, tout le corps était recouvert de taches de purpura. La quinine fut suspendue, et on y substitua les acides minéraux; au bout de neuf jours, tout le corps était sain : l'aisselle était guérie au bout de quinze jours. L'auteur prescrivit ensuite de la quinine à la malade pour des douleurs de dents, et le purpura reparut.

2° Une femme prit de la quinine pour se débarrasser d'une fièvre tierce : le second jour elle eut une épistaxis ; le corps était couvert de tâches de purpura, les gencives saignantes. Les selles étaient foncées et sanguinolentes. On suspendit la quinine et on donna des acides minéraux pendant trois jours, puis un laxatif, et au bout de huit jours les taches avaient disparu.

3° Un garçon de douze ans, présentant une faiblesse générale, prit de la quinine. Au bout de quelques jours il se développa du purpura, mais la quinine fut continuée assez de temps pour essayer son action ; le purpura augmenta, les gencives saignèrent. On cessa la quinine, on donna des purgatifs salins, et au bout de dix jours la peau était saine.

4° Un homme qui prenait de la quinine pour une fièvre larvée ne présentait encore au bout de quinze jours aucune trace d'affection cutanée. Rendu attentif à ce sujet, on crut qu'il y échapperait : trois jours après il y eut néanmoins vingt taches sur les épaules. (*Alg. méd. Centralzeitung*, et *Gaz. méd. de Strasbourg.*)

Traitement chirurgical des varices et ulcères variqueux. Intercepter le cours du sang dans les vaisseaux variqueux a été le but constant des chirurgiens, et plusieurs méthodes ont été proposées et employées à cet effet. M. le docteur Faure, plus hardi que ses devanciers, dit aussi avoir mieux réussi. Aux diverses espèces de ligature et même à la division sous-cutanée, il a substitué la section de dehors en dedans. Avec un bistouri convexe, il divise la peau et la varice transversalement par une incision semi-lunaire et disséquant le lambeau, — à convexité supérieure sans doute, — il place dessous un fragment d'agaric et entoure ensuite tout le membre d'un bandage compressif. Cette opération est répétée au besoin sur toutes les veines variqueuses.

Trois observations témoignent des bons effets de cette opération. L'affaissement des varices les plus volumineuses est immédiat sans perte notable de sang, surtout si on lie le membre au-dessus et au-dessous du point à diviser. L'interruption de la circulation n'a pas provoqué de nouvelles varices ni d'engorgement du membre; la seule manifestation remarquable est un certain nombre de petites tumeurs un peu douloureuses, se développant sur le trajet des varices, semblables aux nodosités de l'œdème noueux, moins la douleur; mais elles disparaissent spontanément après quelques jours.

Encouragé par ces succès et partageant cette idée commune, que la convexité prononcée de la région qui supporte ces ulcérations et l'altération des tissus environnants et sous-jacents est ce qui s'oppose à leur guérison, M. Faure leur a appliqué le même procédé. Les circonscrivant par deux incisions courbes qui divisent les téguments dans toute leur épaisseur, se rejoignant à leurs extrémités, il en dissèque les bords de manière à détacher des parties sous-jacentes tout ce qui entoure l'ulcère. Chacune des veines est ainsi coupée dans toute son épaisseur et l'ulcère se trouve renfermé dans un îlot de tissus isolé par les bords du reste des téguments. Un grand changement est ainsi apporté dans la circulation des parties ulcérées qui, soustraites à tout tiraillement et n'ayant plus rien qui les empêche d'obéir à leur force de contractilité propre, se cicatrisent promptement.

Le résultat se révèle instantanément par un écartement de presque 1 centi-

mètre de large des lèvres de l'incision, et de rouge, tuméfiée et tendue qu'elle était, la partie se décolore, s'affaisse et devient molle et flexible. Dès le lendemain, l'ulcère a perdu beaucoup d'étendue, ses bords se sont effacés, comme quatre observations en témoignent hautement. (*Arch. de méd.*)

Procédé pouvant empêcher la déchirure du périnée pendant l'accouchement. Deux indications principales paraissent indispensables à remplir : 1° soustraire cet organe à la propulsion qu'il subit de la part de la présentation ; 2° imprimer autant que possible à cette présentation une direction coïncidant avec l'axe de la vulve. Voici en quoi consiste le procédé :

Quelle que soit la position du sommet, occipito-antérieure ou postérieure, après avoir aidé autant que possible à la dilatation suffisante et au moment où, par une raison quelconque, il convient de permettre l'expulsion, ou bien quand il n'est plus possible de l'éviter, l'accoucheur, placé en face de la femme, applique de chaque côté du bord de la vulve et sur sa commissure les quatre doigts de chacune de ses deux mains. Il exerce ainsi une pression qui repousse le périnée en arrière et un peu en bas, de manière à faire saillir le segment inférieur de la présentation. De cette manière, le périnée est parfaitement soutenu, la face onguéale des doigts relève contre le pubis la tête de l'enfant, qui se dégage avec une grande facilité, sans que les parties maternelles en soient ni déchirées, ni même contuses.

Cette manœuvre, en abaissant la vulve, abaisse en même temps l'axe de cette ouverture et la met plus en rapport avec la direction imprimée au fœtus par les contractions utérines. Elle substitue, enfin, la dilatation verticale du périnée à la dilatation en avant ou à la propulsion, et fait que cette dilatation soit tout entière employée à circonscrire la partie fœtale, qui doit nécessairement traverser la vulve.

Depuis dix ans environ que l'auteur emploie ce procédé, il n'a jamais eu, déclare-t-il, la moindre déchirure, même dans les circonstances où cet accident paraissait inévitable. (*Bull. méd. du Dauphiné.*)

Amblyopie causée par abus du tabac à fumer. Un mécanicien, âgé de quarante-deux ans, s'aperçoit que sa vue faiblit, et bientôt il lui est impossible de travailler. M. Viardin l'examine et ne trouve rien d'applicable à l'ophthalmoscope. Cet homme fumait énormément ; il avait toujours la pipe à la bouche. M. Viardin lui recommande énergiquement de réduire peu à peu sa consommation de tabac, pour arriver à cesser de fumer. Au bout de trois semaines, amélioration sensible. Guérison après deux mois de traitement.

En mars 1866, M. Viardin est consulté par un boulanger qui lisait seulement les deux derniers numéros de l'échelle de Jæger. Cet homme fumait pour 25 centimes de tabac par jour, et, en outre, prenait des spiritueux. Même prescription : mais, persuadé que c'est le four qui lui fait mal, cet homme ne peut se résigner à quitter sa pipe ; il préfère abandonner sa profession. M. Viardin l'engage alors à consulter M. Sichel, qui diagnostique :

Amblyopie cérébrale congestive très-avancée, causée par l'abus du tabac à fumer et des spiritueux.

Prescription :

Réduire le tabac à 5 grammes par jour au maximum, et le vin à une demi-bouteille coupée d'eau... Supprimer entièrement l'eau-de-vie et les spiritueux.

Dès le 16 juillet, le malade peut lire le numéro 12 de Jæger ; donc sept numéros sont gagnés depuis qu'il se décide à suivre exactement les conseils de M. Sichel. On peut considérer que la maladie des yeux est en voie de guérison. Aujourdhui, cet homme, complètement aveugle depuis quinze mois, a recouvré complétement la vue. (*Revue méd. de l'Aube.*)

Traitement de l'urétrite chronique. Voici les conclusions d'un mémoire du docteur G. Ambrosoli :

1° L'urétrite chronique non virulente est un des modes de terminaison de l'urétrite aiguë, et réside le plus souvent dans la profondeur de l'urètre, comme le démontrent l'anatomie pathologique et l'observation clinique. La constitution particulière du malade, quelques diathèses et des désordres de tout genre contribuent à l'entretenir et à l'exaspérer.

2° La blennorrhée, abandonnée à elle-même, peut se prolonger indéfiniment, quelquefois guérir sans trai-

tement, mais le plus souvent elle a des conséquences fâcheuses.

3° Le microscope ne nous fournit pas de renseignements positifs sur lesquels on puisse prononcer un jugement au sujet de la durée ou de la curabilité de l'urétrite chronique. Les observations de Pacini, Gallego, et surtout celles de Juusseaume ne se rapportent pas à tous les cas.

4° Les remèdes internes employés avec le plus de succès dans la blennorrhagie n'exercent aucune influence sur l'urétrite chronique, qui réclame un traitement local.

5° Parmi les moyens locaux les plus utiles sont les injections urétrales profondes, puis la révulsion continue profonde et la cautérisation. (*Giornale delle Malattie Venere.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Traitement préventif de la résorption purulente par l'ergotine. M. Labat, chirurgien de l'hôpital de Bordeaux, propose l'ergotine administrée préventivement dans les jours qui suivent immédiatement l'amputation, et continuée jusqu'à la chute des ligatures. La dose moyenne est de 5 à 6 grammes. Les phénomènes observés chez les blessés soumis à l'usage de ce médicament ont été les suivants : les trois premiers jours, fièvre de réaction, comme à l'ordinaire ; gonflement très-minime, presque nul, du moignon ; écoulement séreux presque complétement tari après le premier jour ; production du pus considérablement diminuée, et par suite réunion très-rapide et complète de la plaie dans tous les points mis et maintenus en contact. Chez quatre malades, l'emploi de l'ergotine a été suivi d'une insomnie opiniâtre : c'est là le seul inconvénient qui ait été observé. Le mémoire de M. Labat mentionne 14 opérations, toutes suivies de guérison. Or, ce chiffre se décompose ainsi : 9 amputations de cuisse ; 2 amputations de jambe ; 1 désarticulation de l'épaule ; 1 résection de l'humérus ; 1 résection de la moitié du maxillaire inférieur. Ce sont là, on le voit, des traumatismes que chacun est habitué à considérer comme très-sérieux, et les résultats obtenus sont d'autant plus remarquables que, à l'hôpital Saint-André, ainsi que le remarque M. Labat, la mortalité moyenne après les amputations est de 50 pour 100.

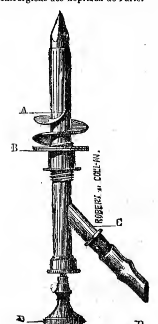
Mais l'honneur d'une aussi belle série de succès doit-il être attriboé à l'usage de l'ergotine ? La médication imposée par M. Labat à ses opérés était assez complexe pour qu'on ne soit pas légitimement autorisé à penser que l'ergotine a seule fait les frais de ces guérisons ; les pansements, par exemple, étaient faits avec l'alcool camphré. De plus, M. Labat plaçait un drain dans la plaie, pour faciliter l'écoulement du pus.

Ce n'est pas par hasard que M. Labat est arrivé à cette méthode. Frappé des caractères particuliers que présente la gangrène survenue à la suite de l'usage du seigle ergoté, il s'est demandé si cet agent ne pouvait pas être utilisé, eu égard aux qualités mêmes qui le rendent malfaisant comme aliment. Or, pour lui, ce qui caractérise l'action de l'ergot, c'est une tendance à augmenter la plasticité. En second lieu, le point de départ de ces phénomènes si redoutables que l'on ne remarque que trop souvent à la suite des amputations étant, dans sa pensée, une véritable résorption du pus en nature par les orifices béants des veines sectionnées, le problème est de maintenir ces orifices fermés. Les exsudations plastiques provoquées à la suite de l'usage de l'ergot, au niveau de la plaie, sont chargées de ce soin. (*Société de chirurgie.*)

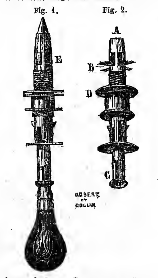
MM. Robert et Collin ont présenté à l'Académie deux nouveaux trocarts. Le premier, construit d'après les indications de M. le professeur Nélaton, est destiné à l'ovariotomie, afin d'empêcher le liquide du kyste de l'ovaire de tomber dans la cavité péritonéale.

Il se compose d'une canule sur laquelle est fixée une spirale aplatie, soudée à son extrémité pénétrante A et libre dans sa partie postérieure, disposition qui permet à la partie non adhérente de se tasser sur elle-même, pour constituer une rondelle. Il suffit, pour faire passer la spirale dans le kyste, d'imprimer au trocart, après la ponction, un mouvement de rotation de gauche à droite. En tournant alors l'écrou B, les deux rondelles se rapprochent pour maintenir entre elles la membrane du kyste, sur laquelle on peut tirer à mesure qu'il se vide, sans crainte de la déchirer. Le liquide

s'écoule par la bifurcation C, quand le poinçon D a été retiré. Cet instrument a été employé avec succès par plusieurs chirurgiens des hôpitaux de Paris.



Le second trocart a été fabriqué sur les indications de M. Panas, chirurgiens des hôpitaux, afin de laisser à demeure la canule du trocart après la ponction des kystes du foie. Il se compose de deux canules, dont l'externe A est munie de quatre ailettes articulées B, qui se développent en poussant la canule avec le poinçon du trocart. Lorsque la ponction est faite, on introduit la canule externe de façon à ce qu'elle pénètre au delà des ailettes, puis on fixe la canule interne C, qui les maintient relevées, et on retire la canule du trocart, il suffit alors, pour fixer les canules, de tourner la rondelle D, qui presse, entre elle et les ailettes B, les parties molles et la mem-



brane du kyste. De cette manière, les hydatides s'écoulent au dehors, sans pouvoir pénétrer dans le péritoine. Pour enlever l'instrument, on sort la canule interne, les ailettes se rabattent d'elles-mêmes, et la canule externe est alors retirée avec facilité.

La figure 1 représente le trocart prêt à servir avec les ailettes E fermées.

La figure 2 représente la disposition des canules, lorsqu'elles sont en place avec les ailettes B développées.

VARIÉTÉS.

Par décret du 9 février, sont nommés à la Faculté de médecine de Paris :

Professeur de pathologie et thérapeutique générales, M. Lasègue, docteur en médecine, agrégé près la Faculté de médecine de Paris.

Professeur d'anatomie pathologique, M. Vulpian, docteur en médecine, agrégé près la même Faculté.

Professeur de thérapeutique et matière médicale, M. Sée, docteur en médecine.

Professeur de pathologie externe, M. Broca, docteur en médecine, agrégé près la Faculté de médecine de Paris.

Professeur de pathologie interne, M. Axenfeld, docteur en médecine, agrégé près la même Faculté.

Professeur de pathologie interne, M. Hardy, docteur en médecine, agrégé près la même Faculté.

M. Béhier, professeur de clinique interne à la Faculté de médecine de Paris, est chargé de la clinique médicale instituée à l'hôpital de la Pitié.

M. Gosselin, professeur de clinique externe à la Faculté de médecine de Paris, est chargé de la clinique chirurgicale instituée à l'hôpital de la Pitié.

M. Monneret, professeur de clinique interne à la Faculté de médecine de Paris, est chargé de la clinique médicale provisoirement maintenue à l'hôpital de la Charité.

M. Haime, professeur adjoint de pathologie interne à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, est admis, sur sa demande et pour cause de santé, à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

M. Duclos (Michel), docteur en médecine, chargé du cours de pathologie interne à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, est nommé professeur adjoint de pathologie interne à ladite Ecole, en remplacement de M. Haime.

M. le docteur Auvray, ancien interne des hôpitaux de Paris, est nommé suppléant des chaires de thérapeutique et matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen.

M. le docteur Marey, qui avait d'abord été chargé, à titre de remplaçant, du cours d'histoire naturelle des cours organisés au Collége de France, vient d'être nommé professeur suppléant de cette même chaire.

La Société protectrice de l'Enfance a tenu sa séance publique dimanche 27 janvier, à l'Hôtel de Ville. Voici quel a été le programme de la séance:

1° Discours de M. Barrier, président; — 2° Compte rendu par M. le docteur Mayer, secrétaire général; — 3° Rapport général sur les prix décernés aux nourrices, par M. le docteur Linas; — 4° Distribution des prix.

Les deux premiers prix, en argent, de la valeur de 200 francs chacun, ont été décernés, *ex æquo*, à Mme Fortier (de Lagny) et Mme Fanu (d'Auteuil, près de Montfort-l'Amaury).

Deux seconds prix de la valeur de 100 francs ont été décernés, *ex æquo*, à Mme Allain (de Désertines, Mayenne) et à Mme Mettendorf (de la Villette).

La Société met au concours la question suivante : « De l'allaitement maternel étudié aux points de vue de la mère, de l'enfant et de la société. »

La Société protectrice de l'Enfance appelle l'attention des concurrents sur les dangers qu'entraînent les infractions aux lois de la nature, et leur recommande de faire ressortir le but final d'une fonction qui est le complément physiologique de la parturition.

Il leur sera facile de déduire de cette donnée les conséquences fâcheuses qui menacent les mères, lorsqu'elles abandonnent leurs enfants nouveau-nés à des soins étrangers.

Pour ce qui est de l'enfant, les arguments ne manquent pas, qui établissent les affinités organiques entre lui et sa mère et mènent à cette conclusion : que le lait de la mère est l'aliment le mieux approprié aux besoins de son enfant, à condition, toutefois, qu'il ne soit altéré par aucune cause morbifique.

Un tableau aussi complet que possible des suites désastreuses qui résultent pour les enfants de l'incurie, de l'ignorance et de la cupidité de certaines nourrices, achèvera de plaider la cause de l'allaitement maternel.

Enfin, si l'allaitement maternel exerce une influence heureuse sur les mœurs, en resserrant les liens de famille, il en est tout autrement de la coutume de nos jours, qui arrache une pauvre femme à toutes les joies du foyer domestique, pour en faire une nourrice sur lieu, et qui a pour conséquences immédiates la dépopulation des campagnes, l'inconduite du mari et le délaissement des enfants, sans oublier l'inconvénient pour la nourrice de changer d'habitudes et de contracter des goûts peu compatibles avec le genre de vie qu'elle doit reprendre. Toutes ces considérations et beaucoup d'autres que les concurrents sauront faire valoir à propos, se rattachent à la troisième partie du programme, et seront utilement invoquées pour mettre en lumière les avantages de l'allaitement maternel, au point de vue social.

Les mémoires écrits en français doivent être adressés, francs de port, avant le 15 décembre 1867, au secrétaire général de la Société, M. le docteur Alex. Mayer, boulevard du Temple, 54.

Les membres du conseil d'administration sont seuls exclus du concours.

Les concurrents accompagneront leur envoi d'un pli cacheté, contenant leur nom et leur domicile, avec une devise qui sera répétée en tête de leur travail. Le prix sera de 500 francs.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'emploi de l'eau de la Bourboule dans certaines formes de phthisie pulmonaire.

Leçon clinique faite à l'Hôtel-Dieu, par M. Guéneau de Mussy,
Membre de l'Académie de médecine.

Messieurs,

Au numéro 1 de la salle Sainte-Martine, vous avez vu ce matin une femme âgée de trente ans, qui est petite et maigrelette, mais chez qui la vivacité du regard, de la conversation et des moindres mouvements atteste un ressort énergique sous ces formes chétives.

Voici ce qu'elle nous a raconté :

Son père est mort phthisique à quarante-deux ans : c'est un fait à noter. Il semble que la diathèse tuberculeuse n'ait pas eu dans cet homme une grande puissance, puisqu'elle s'est développée tardivement, alors sans doute qu'elle a rencontré moins de résistance dans un organisme affaibli par certaines causes qui nous échappent. Il n'est pas rare que la phthisie se démasque et détermine la mort de ceux qu'elle a atteints à ce moment qui commence le déclin de leur maturité. Si, très-souvent, elle survient pendant la jeunesse ou à l'époque des orages de la puberté, il arrive fréquemment qu'elle frappe la femme au temps de l'âge critique, et l'homme lui-même à un âge correspondant, comme s'il subissait alors, lui aussi, une transformation analogue à celle de la femme, quoique moins apparente.

La mère de notre malade éprouvait dans la tête et dans les articulations des douleurs rhumatoïdes qui n'étaient accompagnées ni de rougeur ni de gonflement des parties affectées.

Sa grand'mère était franchement asthmatique ; et voilà que chez elle nous retrouvons ces différents états morbides. Il est vrai que, pendant son enfance, elle est demeurée exposée aux conditions climatériques favorables à leur développement ; car elle habitait, dans la basse Normandie, un petit village dont l'atmosphère est constamment brumeuse. Dès l'âge de huit ans, elle a eu des accès d'asthme remarquables déjà par leur fréquence et par leur intensité, dont le brouillard provoquait le retour, et qui l'obligeaient à garder le lit pendant deux ou trois jours. Lors des accès, son haleine restait courte ; la toux et l'expectoration persistaient, plus accusées le ma-

tin et présentant parfois des exacerbations qui constituaient de véritables rhumes.

Elle a eu aussi, dans son enfance, des adénites sous-maxillaires.

A dix-sept ans, elle n'était pas encore réglée. Elle se maria cependant, et bientôt ensuite elle vint à Paris. Là, sous l'influence d'une existence nouvelle, de conditions plus avantageuses, sa santé sembla s'améliorer. Ses règles parurent au bout de deux ans; mais elles ne sont jamais revenues avec exactitude. Depuis plusieurs mois elles ont fait totalement défaut, et il semble qu'elles aient été suppléées par des épistaxis périodiques survenues à leurs époques. Dans les premiers temps de son mariage, elle a fait une fausse couche, qui a été la seule; depuis lors, elle n'est pas devenue enceinte.

Il y a huit ans, elle fut traitée pendant sept ou huit mois pour une maladie qui exigea l'application de nombreux vésicatoires sur le côté droit de la poitrine. Elle a eu, il y a trois ou quatre ans, une fièvre typhoïde dont elle s'est lentement et péniblement relevée. Un peu après, à la suite de grands chagrins, elle est devenue sujette à des attaques d'hystérie et à des vertiges, symptôme presque constant de l'hystérie et de la chlorose confirmées.

Enfin, cet hiver, subissant l'action immédiate ou éloignée des diverses influences que je viens d'énumérer, elle perdit peu à peu son appétit, ses forces et son embonpoint; elle fut prise de sueurs qui l'affaiblissaient encore; sa toux, qui n'avait jamais cessé, devint plus intense, et présenta de nouveau des paroxysmes pleins d'angoisses pour la malade, au point qu'elle se décida à entrer à l'hôpital. Elle fut placée dans la salle Sainte-Marie; et son traitement consista surtout à boire de l'eau de la Bourboule. En très-peu de temps, un changement très-appréciable s'opéra dans sa nutrition et dans l'état de ses organes respiratoires. Quand elle nous quitta, elle se trouvait elle-même beaucoup mieux qu'elle n'avait jamais été. Cette amélioration a persisté pendant cinq mois.

Mais, à l'approche de l'automne, les anciens phénomènes se sont graduellement reproduits, et la malade nous est revenue le 22 octobre.

En explorant sa poitrine, nous perçûmes des signes que je me bornerai à vous énumérer ici. Dans une de nos prochaines réunions, je vous dirai l'importance que je leur attribue comme indice de la tuberculisation commençante, ce sont trois caractères connexes révélés par la percussion :

1° Diminution de l'élasticité des parois thoraciques;

2° Diminution de la sonorité;

3° Elévation de la tonalité dans la résonnance thoracique.

Or, chez cette femme, nous fûmes dès l'abord frappés de leur existence dans la fosse sus-épineuse du côté droit, et surtout dans le sillon pectoro-deltoïdien du même côté. Dans les mêmes points, on trouvait un bruit respiratoire plus rude, de l'expiration prolongée et par moments de l'écho de la toux. En arrière, dans toute la hauteur du poumon droit, le murmure respiratoire était plus rude et il y avait aussi des râles sous-crépitants et sibilants assez nombreux, principalement à la base; quelques râles aussi à la base du côté gauche. Vous n'ignorez pas, messieurs, que le râle sibilant dans l'expiration, la faiblesse du murmure respiratoire sont, avec l'ampliation de la poitrine et une sonorité tympanique, les principaux caractères de l'emphysème.

Nous vous signalâmes, en même temps, la teinte pâle que présentaient la peau et même les muqueuses de cette femme, ses yeux cernés, le tégument de la lèvre inférieure jaunâtre, le souffle carotidien, en un mot, la livrée complète de la chlorose. Et à la chlorose s'ajoutait encore l'hystérie, s'il fallait en croire les renseignements qui nous étaient fournis. Désireux de nous éclairer par nous-même sur ce sujet, nous interrogeâmes le rachis et les espaces intercostaux de la malade, mais nous ne découvrîmes aucun point douloureux à la pression; nous trouvâmes seulement une légère hyperesthésie de la région ovarique gauche.

La première médication instituée eut pour but de calmer les phénomènes subaigus que nous constations et qui se traduisaient par l'insomnie, l'excitation circulatoire, la toux, l'expectoration et une dyspnée paroxystique atteignant parfois le degré de l'asthme. On employa à cet effet les sédatifs et les révulsifs ordinaires, la jusquiame à l'intérieur, les onctions avec l'huile de croton dans le dos. Bientôt il fut possible de revenir à l'usage de l'eau de la Bourboule, qui avait produit une première fois de si heureux effets. Nous eûmes de nouveau la satisfaction de voir s'opérer un progrès rapide; mais en même temps que s'amendait le travail de l'hématose, le système nerveux parut en ressentir un contre-coup. Il y a huit jours, ont éclaté des accès d'asthme plus violents que tous les précédents. Cet événement a coïncidé, il est vrai, avec le retour de l'époque menstruelle. Petit à petit, et avec l'aide des moyens usités en pareil cas, datura, sinapismes, etc., tout est rentré dans l'ordre. Depuis trois jours, la malade reprend de l'eau de la Bourboule, et tout à l'heure encore elle nous disait que son état allait chaque jour s'améliorant.

Telle est l'histoire de cette femme. J'ai insisté sur les antécédents héréditaires, car je considère que, dans les maladies constitutionnelles, leur notion contribue presque toujours à éclairer le diagnostic et le pronostic, et permet d'instituer un traitement prophylactique qui trop souvent est le seul efficace. Je ne saurais assez vous le dire : en fait de maladies, l'influence héréditaire est immense, sans être fatale.

Ainsi, dans la famille de cette femme, nous avons trouvé deux dispositions diathésiques, et nous les voyons toutes les deux évoluer chez elle. Son père était scrofuleux et tuberculeux ; sa mère rhumatisante, et sa grand'mère asthmatique, c'est-à-dire arthritique, car l'asthme le plus souvent n'est, à mes yeux, qu'une manifestation de l'arthritisme transformé.

De ces deux dispositions, laquelle va s'emparer d'abord de l'organisme et lui imprimer sa modalité ? C'est l'arthritisme ; et il ne débutera point par sa forme articulaire, mais bien par ses manifestations névropathiques : par l'asthme, et puis par l'hystérie, à laquelle viennent s'ajouter la chlorose, l'aménorrhée.

Malgré des troubles aussi considérables, la diathèse tuberculeuse que l'organisme porte en germe, reste latente ; la scrofule, cependant, a donné sa note dans l'adénite cervicale.

C'est là un fait important sur lequel je veux retenir votre attention : en général, tant que l'économie est sous l'impression vive, active, d'un état morbide intense, elle est peu disposée à en contracter un autre. Cela est vrai pour les maladies constitutionnelles ; le cancer et le tubercule coïncident rarement ; plus rarement encore ils évoluent ensemble, et, s'il arrive que l'un et l'autre se rencontrent chez le même sujet, ils peuvent se faire en quelque sorte équilibre. Cela se constate aussi par les maladies accidentelles, la fièvre typhoïde et la variole, par exemple ; et même pour les maladies localisées qui ne retentissent pas sur tout l'organisme. Baudeloque avait fait une statistique d'où il ressortait que, parmi les enfants admis dans un hôpital, ceux qui entraient étant déjà malades contractaient rarement un mal nouveau ; tandis que les autres étaient beaucoup plus accessibles aux influences morbides régnantes dans le milieu où on les introduisait.

Quelquefois cependant, entre deux maladies simultanées, on voit se former une sorte de produit mixte, un genre de métissage qui présente des caractères empruntés aux deux facteurs diathésiques.

Chez notre pauvre femme, après la maladie maternelle qui a

débuté, voilà que, sous l'influence de chagrins et de souffrances physiques, vous voyez apparaître la maladie paternelle.

Elle a eu, dit-elle, une pleurésie chronique du côté droit; mais il n'est pas improbable qu'avec cette pleurésie ait coïncidé une fusée tuberculeuse limitée, comme celle que nous constatons aujourd'hui. Du reste, pleurésie ou tuberculose, une maladie chronique du poumon droit est toujours un fait grave, comme l'atteste la loi posée par Aran et qui, sans être prise au pied de la lettre, a cependant une certaine importance.

Nous voyons donc ici, à la suite de causes d'épuisement organique, à la suite de troubles névropathiques prolongés qui avaient usé les forces plastiques, nous voyons la tuberculose éclater, lente, comme gênée et limitée par cette autre modalité diathésique qui semble ne pas lui laisser le terraiu libre.

Cette notion de l'antagonisme n'est pas une vaine spéculation, une curiosité pathologique. Elle peut aussi fournir des indications thérapeutiques.

Ici, nous puiserons nos indications non-seulement dans la nature de la maladie, mais dans la manière d'être du sujet qui sert de terrain à la maladie. Il nous paraît manifeste que c'est l'affaiblissement de la nutrition qui a favorisé le développement de la tuberculose. Une première fois, vous avez vu les signes alarmants que présentait le poumon s'amender en même temps que nous relevions le mouvement nutritif. N'est-ce pas une raison pour agir aujourd'hui dans le même sens et pour stimuler aussi l'activité nerveuse au risque de réveiller l'élément névropathique. Nos efforts devront tendre en même temps à harmoniser cette fonction nerveuse.

Eh bien, il y a un médicament qui semble doué d'une puissance remarquable pour relever le travail nutritif, pour activer les fonctions d'hématose, et qui exerce une action incontestable sur le système nerveux du grand sympathique.

Ce médicament, c'est l'arsenic.

Il semble avoir une propriété spéciale pour la curation du rhumatisme chronique, de la cachexie arthritique, et, depuis longtemps, l'expérience a consacré son efficacité dans la bronchite, l'asthme, la laryngite et même dans la tuberculose où se dessine un élément arthritique.

Depuis longtemps on envoyait aux eaux du Mont-Dore les malades atteints de ces différentes affections, quand la chimie est venue révéler la présence de l'arsenic dans les eaux du Mont-Dore.

Nous verrons qu'il y a près du Mont-Dore une eau dont la miné-

ralisation est bien plus riche, mais dont la puissance thérapeutique n'a point encore été l'objet d'une étude scientifique sérieuse. Jusqu'à ce que la science ait éclairé les actes intimes qui se produisent sous l'influence d'un médicament, il faut nous contenter de la donnée empirique, l'accepter cependant sous bénéfice d'inventaire, et la contrôler par l'expérimentation.

Je la poursuis, cette expérimentation, depuis plusieurs mois et avec l'attention qu'elle mérite. J'avais, bien auparavant, étudié l'action thérapeutique de l'arséniate de soude et de la solution de Fowler, quand l'eau minérale de la Bourboule a été mise à ma disposition, et je viens vous en parler aujourd'hui.

Cette eau, qui jaillit du sol à une très-petite distance du Mont-Dore, dans une vallée inférieure et mieux exposée au soleil, est bien plus riche en arséniate de soude. D'après Thenard, elle renfermerait, par litre, 20 milligrammes de ce sel. Des analyses plus récentes ne lui en attribuent que 14 milligrammes 1/2. Mais elle contient, en outre, 3 grammes 1/2 de chlorure de sodium; et un autre sel qui est aussi un puissant modificateur de la nutrition, le bicarbonate de soude, dans la proportion de 2 grammes 1/4. Ainsi :

0gr,014 ou 0gr,020	d'arséniate de soude.
3 ,34	de chlorure de sodium.
2 ,27	de bicarbonate de soude.
Avec 0 ,38	d'acide carbonique.

Voilà une composition chimique exceptionnelle, unique même en Europe, que je sache.

Au nombre des effets immédiats que produit l'usage de cette eau prise en boisson, j'ai constaté souvent une augmentation de l'appétit. Quelquefois cette augmentation ne s'est manifestée qu'après de légers accidents dyspeptiques, des coliques suivies de selles muqueuses.

A part ces légers troubles, qu'il est toujours facile d'éviter ou de faire disparaître, les effets que nous avons obtenus ont été souvent favorables. Ils se manifestaient par un simple accroissement de l'embonpoint, la coloration plus vive du teint, une certaine vivacité dans les mouvements, le développement des forces. Je commence ordinairement par en prescrire, chaque jour, deux demi-verres qui doivent être pris immédiatement avant les repas ; j'augmente graduellement cette dose, sans dépasser ordinairement la dose de deux verres dans les vingt-quatre heures. Si quelque accident gastrique ou intestinal se développe sous l'influence de cette médication, j'a-

joute à chaque dose une ou deux gouttes de teinture thébaïque. La durée du traitement a été de vingt à trente-cinq jours. J'ai engagé les malades à répéter cette cure une ou deux fois dans l'année, suivant les effets obtenus.

Les faits se graveront mieux dans l'esprit que les assertions dogmatiques, aussi je veux appuyer celles-ci de quelques observations.

Au commencement de cette année, j'étais appelé auprès d'une femme éminemment nerveuse, d'une constitution chétive, appartenant à une famille de tuberculeux et qui déjà offrait elle-même tous les caractères de la phthisie commençante : amaigrissement, toux, sueurs nocturnes, etc. Je l'envoyai aux Eaux-Bonnes; mais elle y prit l'eau minérale à trop haute dose, malgré mes recommandations, et elle revint dans un état de surrexcitation excessive. Je lui prescrivis l'usage des calmants et je lui conseillai d'aller passer l'hiver dans le Midi. A son retour, elle toussait encore et le nervosisme était développé chez elle au plus haut point. C'est dans ces conditions que je la soumis à l'usage de l'eau de la Bourboule. Au bout de trois semaines, la toux était apaisée, l'embonpoint revenait, et elle avait subi en même temps une vraie transformation morale; le calme et la sérénité avaient remplacé l'irritabilité et la mélancolie qui la tourmentaient auparavant.

Il y a cinq ou six jours, j'ai revu un jeune homme dont l'état m'avait autrefois beaucoup alarmé. C'est le fils d'un pharmacien qui est mort tuberculeux. Quand je le vis pour la première fois, avec deux honorables confrères, il avait de la fièvre, et je lui trouvai des craquements au sommet droit. Nous cherchâmes d'abord à apaiser les phénomènes aigus; et puis nous l'engageâmes à user de l'eau de la Bourboule. Il en a bu plus longtemps que nous ne l'avions prescrit, pendant quatre mois, et je le retrouve maintenant, mangeant bien, ne toussant plus, avec une mine excellente et en apparence tout à fait guéri. Je l'ai engagé à suspendre la médication, pour la reprendre cet hiver pendant huit jours, chaque mois.

Une domestique, qui avait au sommet droit des signes non équivoques de tuberculisation pulmonaire, m'est encore revenue la semaine dernière ne souffrant plus et se croyant guérie, après avoir fait usage de l'eau de Bourboule, que je lui avais prescrite quelque temps auparavant.

Après ces trois cas, je ne veux vous en citer qu'un autre, qui n'est pas le moins frappant.

C'est celui d'un malade à la fois diabétique, goutteux et tuberculeux, qui avait de la fièvre, des râles et des craquements humides

étendus aux deux sommets. J'ai tenté, chez lui, l'eau de la Bourboule, en désespoir de cause et en quelque sorte pour essayer quelque chose. Eh bien, la tuberculisation a été enrayée dans sa marche, la toux et l'expectoration ont diminué, l'appétit est revenu. Mais, en même temps, cet homme a été repris d'un accès de goutte continu qui ne l'a plus quitté. A l'Hôtel-Dieu, malgré l'influence défavorable du séjour nosocomial, j'ai obtenu chez plusieurs malades des résultats très-satisfaisants. Cependant, je n'ai pas toujours été aussi heureux. Il m'est arrivé de n'obtenir aucune amélioration et même d'être obligé de suspendre le traitement commencé. Pas plus que les autres médications opposées à la phthisie, l'eau de la Bourboule ne peut espérer des succès constants. Je serais bien heureux si l'expérience confirmait les conclusions auxquelles semblent conduire ces premiers essais, et si j'avais mis une arme de plus entre vos mains, contre une maladie qui, le plus souvent, se joue de tous nos efforts.

Sans doute, l'eau de la Bourboule ne va pas détrôner les autres eaux minérales qui sont déjà en possession d'une juste notoriété. Elle ne fera pas tort à l'eau du Mont-Dore, sa voisine et sa parente en minéralisation. Mais elle sera une note nouvelle dans la gamme thermale à laquelle appartiennent le Mont-Dore, Ems et Royat. Ces différentes eaux peuvent répondre à certaines nuances de constitution et d'état morbide, auxquelles le tact du médecin doit savoir les adapter.

Des pseudo-apoplexies et de leur traitement;

Par le docteur CANTEL (des Mées).

Toutes les fois qu'une personne est atteinte d'une de ces attaques d'apoplexie passagères qui ne laissent après elles qu'une paralysie fugace, et le plus souvent même pas la moindre trace de paralysie, plusieurs médecins pensent invariablement que l'individu a eu une congestion cérébrale, un coup de sang. Il n'en est cependant pas toujours ainsi, et le malade [1] qui réussissait à faire avorter ses attaques en penchant la tête en bas, jusqu'à ce qu'elle touchât au sol, a donné, par cette manœuvre, un témoignage irrécusable de la vérité des assertions de ceux qui soutiennent que, bien loin d'être occasionnés par une congestion veineuse du cerveau, ces accidents

---

[1] Stokes, *Traité des maladies du cœur*, p. 318.

de *prétendue* apoplexie résultent le plus souvent, au contraire, d'un afflux insuffisant de sang artériel au cerveau.

Cherchant à se rendre compte de ces pseudo-apoplexies de nature syncopale, Trousseau [1] démontrait, en 1861, au sein de l'Académie de médecine, étonnée d'entendre un pareil langage, que ces prétendues congestions cérébrales apoplectiformes étaient, le plus souvent, liées à l'épilepsie ou à l'éclampsie.

Selon lui, il faut croire malaisément aux apoplexies, quand elles se répètent tous les deux mois, et se tenir sur ses gardes; on verra bientôt cette stupeur apoplectiforme, qui d'abord n'est précédée que de vertiges comitiaux, de quelques convulsions légères qui échappent à l'entourage du malade, se révéler par une grande attaque de mal cadue, qui ne laissera aucun doute dans l'esprit de personne.

Depuis que l'illustre professeur de Paris a fixé l'attention des praticiens sur de pareils faits, plusieurs ont eu l'occasion de vérifier la justesse de ces idées, qui bouleversent les théories reçues jusqu'à ce jour; mais les choses ne se passent pas toujours invariablement de cette façon, et souvent ces pseudo-apoplexies attaquent pendant longtemps certains sujets, sans jamais revêtir ce caractère d'épilepsie à formes insolites. Dans ce dernier cas, les fausses apoplexies sont-elles aussi du domaine épileptique?... On reste convaincu du contraire, quand on connaît l'explication que William Stokes a donnée de pareils faits.

Dans son *Traité sur les maladies du cœur et de l'aorte*, ouvrage éminemment remarquable au point de vue pratique, et publié en 1864, le professeur de Dublin démontre par ses propres observations, jointes à celles des docteurs Adams, Carmichaël, Quain, Cheyne, Fleming et autres, que ces fausses attaques d'apoplexie sont un symptôme constant de l'affaiblissement du cœur, résultant de la dégénérescence graisseuse de cet organe. De même que chez les malades dont parle Trousseau, ceux observés par le médecin anglais ont, au début, des attaques de nature syncopale qui revêtent ensuite, après un laps de temps variable, le caractère apoplectiforme; mais dans aucune des observations rapportées par Stokes on ne voit survenir ces accidents épileptiformes ou éclamptiformes signalés par Trousseau.

Voilà donc, pour expliquer la pseudo-apoplexie, deux hypothèses exclusives, complétement étrangères l'une à l'autre et émanant de deux hommes illustres dans la science; quelle est celle de ces deux

[1] *Bulletin de l'Académie de Paris*, 1861, t. XXVI.

opinions qui doit prévaloir sur l'autre ? A mon avis, toutes les deux sont également exactes, et l'adoption de l'une n'entraîne en aucune façon l'exclusion de l'autre, ainsi que j'ai eu maintes fois l'occasion de le remarquer dans ma pratique, qui s'exerce sur un territoire pathologique assez restreint. La fausse apoplexie reconnaît pour causes : tantôt l'épilepsie ou l'éclampsie, tantôt, et un peu plus souvent peut-être, la dégénérescence graisseuse du cœur. Du reste, il n'y a rien en cela qui doive nous surprendre : une foule de maladies diverses par leur nature n'ont-elles pas des symptômes ou des causes identiques ?... L'étude de la pseudo-apoplexie entre à peine dans une nouvelle phase d'études, et lorsque la science possédera des notions plus étendues sur ce sujet, il n'est pas douteux que nous ne voyions surgir de nouvelles causes déterminantes de cette maladie, et elles n'amoindriront en rien la valeur de leurs aînées.

Pour moi, un souvenir assez précis, quoiqu'il date d'une dizaine d'années, me donne presque la conviction que l'hystérie seule provoquait des attaques de prétendue apoplexie chez une dame Cl***, que j'ai plusieurs fois vue dans cet état. Cette personne présentait une particularité que je dois signaler en passant : lorsqu'elle revenait à elle, et que le coma apoplectiforme avait tout à fait disparu, pendant un ou deux jours elle ne reconnaissait plus ni son mari, ni ses parents, ni ses amis les plus intimes.

La nosographie de la pseudo-apoplexie est encore à édifier. Ce n'est qu'avec lenteur que se forment les conceptions de l'esprit humain ; amassons des matériaux, mais gardons-nous encore de classifications définitives, qu'il faudrait ensuite sacrifier.

Ainsi, il paraîtrait, d'après les faits recueillis séparément par MM. Trousseau et Stokes, qu'on est en droit de conclure qu'il existe deux nouvelles formes de pseudo-apoplexies essentiellement différentes : l'une, liée à l'épilepsie ou à l'éclampsie et se révélant tôt ou tard par des attaques convulsives ; l'autre, liée à la dégénérescence graisseuse, qui ne donne jamais lieu à aucune manifestation épileptiforme. L'observation suivante prouvera combien serait fautif un diagnostic fondé sur l'apparition de ces symptômes, en démontrant que les accidents épileptiformes doivent être classés parmi les symptômes de la dégénérescence graisseuse.

OBS. *Attaques épileptiformes sans période comateuse consécutive ; paralysie momentanée du cœur et des poumons ; symptomatiques d'une dégénérescence graisseuse du cœur.* — M. B***, ancien magistrat, âgé de soixante-douze ans, nous fait appeler auprès de lui

le 9 août 1864. Il raconte que sa santé avait toujours été bonne, sauf l'apparition réitérée de douleurs rhumatoïdes erratiques et une atteinte de névralgie sciatique, lorsque, il y a dix ans environ, il fut pris subitement d'une défaillance pendant laquelle il serait tombé, si on ne l'eût soutenu. Cet accident se répéta à plusieurs reprises durant quatre ou cinq ans, et à des intervallos assez éloignés pour qu'il ne fût nullement obligé d'interrompre ses devoirs professionnels. Depuis trois ans, ces phénomènes de tendance à la lipothymie se sont modifiés et sont devenus de véritables syncopes, qui n'ont que quelques secondes de durée, et pendant lesquelles il lui est arrivé de s'affaisser sur le sol. Depuis leur apparition, ces attaques, qui n'ont rien de périodique, se sont renouvelées une trentaine de fois, tantôt à des intervalles très-rapprochés, tantôt, au contraire, à des distances de plus de six mois. Le malade est souvent averti de l'approche de l'attaque : il sent au cœur un poids qui, de là, s'irradie dans le bras gauche et arrive ensuite à la tête, où il fait explosion comme un coup de canon. Alors les personnes qui l'ont vu dans ce moment rapportent qu'il devient très-pâle, a les yeux fixes, ne voit, n'entend ni ne sent rien. Tout cela dure cinq à six secondes ; le malade revient à lui, se doute qu'il s'est passé quelque chose d'extraordinaire dont il n'a pas conscience, et il s'excuse auprès des personnes qui forment son entourage de l'effroi qu'il a pu leur causer. Depuis deux ans, la durée de la syncope est plus prolongée, de une à deux minutes environ, et, pendant l'attaque, on voit survenir des convulsions, de l'écume à la bouche et une insensibilité complète. Jamais on n'a remarqué le coma apoplectiforme qui d'ordinaire accompagne toujours ces phénomènes nerveux.

Aucun homme de l'art n'a été témoin des attaques de M. B***, à qui l'on a conseillé, pour tout traitement, une ou deux applications de sangsues à l'anus et l'usage des pilules de Dehaut. Un médecin, qu'il consulta lors d'un voyage qu'il fit, ayant remarqué que son pouls était d'une lenteur extraordinaire (40 à 45 pulsations par minute), il suit depuis deux ans, d'après ses prescriptions, un traitement à la fois tonique et stimulant ; mais il y aura bientôt deux mois que le malade est sans appétit ; ses forces l'abandonnent avec rapidité. Depuis cinq jours il n'a pas quitté sa chambre, et depuis la veille, il garde le lit forcément, ses attaques se reproduisant au moins dix à douze fois par jour.

M. B*** est maigre et hâve ; on ne trouve plus en lui aucun reste de sa belle constitution, mais l'intelligence est restée complétement intacte. Le pouls est à 35 par minute, faible, irrégulier, et

présentant une intermittence à chaque dixième ou quatorzième pulsation. L'impulsion cardiaque est obscure et lente. Le premier bruit du cœur s'accompagne d'un murmure doux; le deuxième bruit est également modifié, quoique plus légèrement. Tous les autres viscères sont dans un état parfait d'intégrité ; il n'y a pas la moindre trace d'hydropisie, ni d'œdème des extrémités.

J'avais à peine fait cet examen, que le malade avait une série d'inspirations qui augmentèrent progressivement jusqu'à ce qu'elles eussent acquis une extraordinaire vitesse, et alors il s'écriait avec terreur : Voilà l'explosion !

Aussitôt sa face devient extrêmement pâle ; tous les muscles du corps se roidissent ; les convulsions arrivent ensuite, mais bornées au bras droit et à la face, en ce moment congestionnée et grimaçante.

Toute cette scène morbide durait à peine trois minutes, et pendant tout ce temps, chose étrange et qui mérite bien d'arrêter l'attention, le pouls ne battait plus, et mon oreille, immédiatement appliquée sur la poitrine, ne put percevoir la moindre sensation du mouvement respiratoire, ni des bruits du cœur. Il y avait, en un mot, paralysie momentanée du cœur et des poumons ; et sans les convulsions qui agitaient un bras et le visage, on aurait cru que M. B*** était mort.

Enfin, au bout de ces trois minutes, qui nous paraissaient singulièrement longues, une inspiration se fit ; le cœur se contracta de nouveau ; les convulsions cessèrent, et deux secondes plus tard le malade nous interrogeait avec la plus grande lucidité sur les phénomènes qu'il avait présentés pendant son absence d'esprit.

Jusqu'au moment de la mort, les attaques furent absolument semblables à celle que nous venons de décrire, la durée seule en étant variable. Les derniers jours, les convulsions étaient presque continues, et cependant le retour des facultés intellectuelles était toujours aussi prompt à la fin de l'attaque. La mort arriva le 14 août ; à la suite d'une dernière attaque qui dura, dit-on, trois à quatre minutes, M. B*** ne donna plus aucun signe d'intelligence, et il cessait de vivre après un coma de dix minutes.

Réflexions. — Si l'autopsie avait pu être pratiquée, il n'est pas douteux que nous eussions trouvé les tissus du cœur envahis par la dégénérescence graisseuse. Cette certitude est fondée sur la réunion des symptômes suivants, qui, selon Stokes, l'auteur le plus complet en cette matière, doivent faire asseoir le diagnostic de cette affection :

1° L'irrégularité, l'intermittence, la lenteur du pouls, qui descend à 40 et 30 pulsations; le murmure valvulaire, l'impulsion lente et faible du cœur; 2° l'apnée observée par le docteur Cheyne le premier, que Stokes n'a jamais vue se produire que dans les dégénérescences graisseuses du cœur, et qui est surtout très-marquée dans les quelques semaines qui précèdent la mort; 3° sous le rapport de l'innervation, au début les tendances aux lipothymies, ensuite les attaques syncopales, plus tard la stupeur apoplectiforme.

Dans notre observation, tous ces symptômes ont été notés; il existe toutefois sur deux points une différence remarquable avec les faits publiés jusqu'à ce jour, c'est : 1° la paralysie momentanée du cœur marchant de pair avec l'apnée; 2° l'absence de la stupeur apoplectiforme, qui est remplacée, dans le cas présent, par des attaques épileptiques, ou plutôt *épileptiformes*.

Il est impossible, en effet, de voir dans ces manifestations convulsives la véritable épilepsie, dans le sens qu'on attache à ce mot. L'hérédité n'est pour rien ici ; l'épilepsie est tout à fait accidentelle et symptomatique, comme elle est chez l'individu qui aura une tumeur intra-crânienne de nature syphilitique. Dans ce cas, les mercuriaux guériront l'épilepsie en s'adressant, non pas aux accidents épileptiformes, mais bien à l'affection syphilitique. De même ici, ces attaques auraient disparu si la guérison de l'affection cardiaque était possible.

Outre les deux symptômes nouveaux qu'elle ajoute à l'histoire de la dégénérescence graisseuse, notre observation peut fournir aussi des conclusions très-intéressantes sur deux questions doctrinales qui partagent encore les esprits.

Première question. — La première question est celle-ci : Quelle est la modification anatomique qui produit les attaques épileptiformes ou éclamptiformes ? Les uns prétendent que ces attaques sont le résultat d'une congestion primitive des vaisseaux cérébraux; les autres veulent, au contraire, qu'elles soient l'effet d'une insuffisance d'afflux du sang artériel dans ces mêmes vaisseaux. Cette dernière opinion est défendue par Brown-Sequard, dans son journal de physiologie. Au début de l'attaque épileptique, les parties centrales et le bulbe rachidien d'un animal en expérience, au lieu de présenter des signes de congestion, semblent au contraire devenir plus pâles. Dans le fait que nous avons décrit, l'arrêt du cœur détermine l'accès; il n'est donc pas douteux que les manifestations épileptiques soient produites par un état anatomique complétement opposé à la congestion.

Deuxième question. — La deuxième question a pour but de résoudre le problème suivant : Quelle est la condition anatomique qui produit le coma consécutif à l'attaque épileptique ou éclamptique ? Dans son excellente thèse sur l'épilepsie, M. Calmeil pense que la stupeur consécutive à l'attaque est probablement occasionnée par une modification profonde dans les fonctions du cerveau et dans sa texture intime ; mais les partisans de la congestion lui répondent : Au moment de la période tonique de la convulsion, il se fait un effort suprême pendant lequel le visage, les vaisseaux du cœur et nécessairement ceux de l'encéphale deviennent turgescents. Nous regardons cette congestion cérébrale veineuse, passive et secondaire, comme la cause de cette profonde hébétude qui succède à l'attaque d'épilepsie ou d'éclampsie.

Les remarques cliniques que nous avons faites sont loin de venir en aide à cette dernière opinion. En effet, qu'on veuille bien se rappeler que chez M. B***, quoique la congestion passive secondaire fût indiquée par la rougeur livide de la face, il n'y eut jamais le moindre assoupissement consécutif à l'attaque convulsive. J'ajouterai que je n'ai pas même observé cet étonnement qu'on remarque dans les premiers instants chez une personne tirée brusquement d'un profond sommeil.

La solution des diverses questions que nous avons cru devoir soulever à propos de l'observation que nous avons racontée n'est pas du domaine de la spéculation pure qui cherche le pourquoi et le comment des choses, sans nul souci de l'utilité pratique immédiate. Tous ces faits, dont le praticien doit prendre note, ont une portée immense dans l'application et le choix du traitement. On comprend le danger des émissions sanguines générales et locales dans ces affections, qui demandent, au contraire, au moment de l'attaque, l'usage immédiat de tous les stimulants possibles, ***intus*** et *extra*, et ensuite l'emploi prolongé des toniques analeptiques. Ainsi donc, avant tout, quand on est appelé près d'une personne qui a ou a eu des vertiges, ou d'autres accidents qu'on rattache communément à la congestion, on doit, avant d'essayer une médication, faire ici, comme toujours, attention à l'état général du sujet, explorer attentivement le cœur, et s'informer si déjà il n'y a pas eu d'autres accidents de même nature. C'est là ce qui constitue le diagnostic différentiel, dont ne se préoccupe jamais l'empirisme aveugle, mais sur lequel fera toujours reposer les indications de sa thérapeutique le praticien vraiment digne de ce nom.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Chute complète de l'utérus; — Épisioraphie; — Guérison;

Par M. Foucher, agrégé de la Faculté, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

La nommée Monty (Anne), âgée de quarante ans, entre à la salle Saint-Charles, n° 20, dans le service de M. Foucher.

Cette malade est affectée d'une chute complète de l'utérus, mais il est extrêmement difficile d'obtenir quelques renseignements positifs sur la cause et le début de la maladie. Cette malheureuse est, en effet, prise à certains moments d'une sorte de délire maniaque, soutenant qu'elle est vierge et qu'elle a été violée par plusieurs soldats qui se sont introduits chez elle pendant la nuit. Néanmoins, au milieu de ces récits invraisemblables, on peut remarquer qu'elle fait toujours remonter le début de sa maladie à deux ans.

La matrice était d'abord facilement réductible et ne paraissait au dehors que lors de la station debout ou de la marche, mais depuis huit mois elle n'a pas été réduite, et voici ce que l'on peut constater le jour de l'entrée de la malade à l'hôpital.

On trouve, à l'orifice vulvaire, une tumeur piriforme dont la petite extrémité est tournée en bas. Cette tumeur est évidemment formée par l'utérus recouvert de la paroi vaginale retournée en doigt de gant. La muqueuse est considérablement hypertrophiée, œdémateuse, rugueuse, desséchée et ulcérée à la surface. A la partie inférieure de la tumeur, on voit l'ouverture du col effacée et entourée de parties rouges et ulcérées. La palpation fait reconnaître au centre de la tumeur le corps de l'utérus, et il est facile de s'assurer que le col et le corps sont volumineux, l'un et l'autre, sans que l'hypertrophie porte plus particulièrement sur le col. Il s'agit donc bien ici d'une chute véritable et complète de toute la matrice. La malade urine difficilement et en grande partie sur la tumeur.

Le jour même de l'entrée de la malade, M. Foucher essaye de réduire l'utérus, mais comme les parties sont douloureuses et très-tuméfiées, sans doute, par suite de la marche, on ne persiste pas dans la tentative de réduction. Le surlendemain, après un repos de deux jours, la tuméfaction inflammatoire a diminué et la réduction s'effectue de la façon suivante : après avoir imprimé à l'utérus un mouvement de demi-rotation sur son axe de manière à mettre son grand diamètre dans le sens de celui de la vulve et de l'arcade pu-

bienne, M. Foucher exerce une pression assez forte sur l'utérus, qui franchit la vulve et traverse brusquement l'arcade du pubis. La paroi vaginale rentre à sa suite et le tout est maintenu par le tamponnement. Les jours suivants, on essaye de maintenir l'utérus avec des tampons et divers pessaires ; mais, chaque fois que la malade se lève, la matrice et le pessaire s'échappent, à cause des dimensions considérables de l'orifice vulvaire. C'est alors que l'on songea à pratiquer une opération ayant pour but de maintenir l'utérus dans le vagin.

Cette opération fut faite, le 6 octobre, de la manière suivante :

La malade étant couchée sur le dos, les cuisses écartées, un spéculum Bozeman de grande dimension est introduit dans le vagin de manière à soulever la paroi antérieure et à mettre à découvert la paroi postérieure dans toute son étendue.

Le premier temps consista à faire l'avivement, qui fut d'abord circonscrit par une incision longeant de haut en bas le bord antérieur de chaque petite lèvre dans la moitié inférieure et s'étendant d'une petite lèvre à l'autre en traversant la fourchette. La muqueuse vaginale fut excisée sur les parois postérieures et latérales dans une étendue de 6 centimètres environ à partir de la fourchette ; la muqueuse des petites lèvres fut de même excisée dans les deux tiers environ de leur hauteur.

Dans le second temps, cinq points de suture à fils métalliques furent placés de la façon suivante :

Le premier, le plus élevé et le plus profond, partait de la petite lèvre gauche à sa partie supérieure, s'enfonçant dans la paroi vaginale pour sortir à un 1 centimètre 1/2 environ plus en arrière et en bas, s'enfonçant de nouveau à droite dans la paroi vaginale pour sortir à 1 centimètre 1/2 en avant et en haut au niveau de la petite lèvre droite. Les quatre autres points furent placés successivement de la même manière en se rapprochant de la fourchette. Les fils métalliques furent tordus et coupés comme dans l'opération de la fistule vésico-vaginale. Cela fait, l'orifice vulvaire, considérablement rétréci, laissait encore en haut un espace suffisant, mais incapable de laisser passer l'utérus ; une sonde à demeure fut placée dans la vessie et la malade fut reportée dans son lit.

Les jours qui suivirent l'opération, la malade a été dans un état satisfaisant ; elle fut maintenue à une diète modérée et prit tous les jours une pilule d'opium, dans le but d'empêcher les garde-robes. La sonde est changée chaque jour.

Le 11, M. Foucher examine la malade : les points de suture ne

sont pas dérangés et la réunion semble se faire ; la malade n'a pas encore eu de garde-robes, mais elle dit souffrir de coliques assez vives.

Le 12, les coliques continuant, la malade a été entraînée à faire des efforts de défécation qui ont amené une garde-robe abondante formée de matières dures et volumineuses. Toutefois le succès de l'opération ne semble pas compromis.

Le 15, M. Foucher retire trois points de suture, et des lavements sont prescrits pour faciliter les garde-robes.

Le 18, les derniers points de suture sont retirés, la réunion a eu lieu dans la plus grande partie de la surface avivée, la malade est maintenue au lit, les cuisses rapprochées et couchée sur le dos.

Le 22, on constate qu'une réunion secondaire a eu lieu dans la portion avivée qui, au premier abord, avait paru écartée. On permet à la malade de se lever, et quand celle-ci est debout, l'utérus se présente à la vulve ; mais, retenu par la bride cicatricielle, il ne tombe plus au dehors, et la vulve conserve cependant une étendue suffisante.

Le 2 novembre, voulant empêcher que la matrice ne vienne presser continuellement sur la bride cicatricielle, M. Foucher introduit dans le vagin un pessaire à air, de manière à maintenir la matrice en place.

Le 6, la malade quitte l'hôpital guérie de son infirmité. Elle a conservé ses conceptions délirantes et hypocondriaques au sujet de la cause de son mal.

Les opérations pratiquées pour obtenir la cure radicale de la chute de l'utérus, c'est-à-dire pour obtenir la contention permanente de l'organe dans le vagin, sont assez nombreuses. Elles ont pour but de diminuer l'ouverture de la vulve, de rétrécir le calibre du conduit vaginal, ou de restaurer le périnée affaibli.

Dès 1833, Fricke (de Hambourg), sous le nom d'*épisioraphie*, pratiqua l'avivement du bord antérieur des grandes lèvres dans leurs trois quarts inférieurs et dans un travers de doigt d'étendue, et fit une suture simple. Cette opération, répétée par Erichsen, par Bames, Velpeau, Scanzoni, Stoltz, a réussi quelquefois, mais le plus souvent elle a échoué. Toutefois, ce procédé nous semble plus rationnel que l'infibulation telle que l'ont proposée et mise à exécution Schieffer et Aran. Une modification plus importante, c'est l'extension des incisions sur le périnée, afin de donner une résistance plus grande aux parties sur lesquelles agit le prolapsus. Cette méthode mixte, qui consiste à unir la périnéoraphie à l'épisioraphie,

a été employée en Angleterre et en Allemagne ; et Baker-Brown, qui l'a pratiquée plus de cinquante fois, lui a dû un assez grand nombre de succès.

En France, cette opération n'est pas encore entrée dans la pratique, et lorsqu'on a tenté de remédier par opération à la chute de l'utérus, c'est le plus souvent en cherchant à rétrécir le vagin au moyen des cautérisations.

Cependant M. Bérard a donné le nom d'élytroraphie à l'opération qui consiste à exciser une portion de la muqueuse vaginale et à pratiquer une suture. On fait deux incisions longitudinales sur la tumeur, on enlève la muqueuse entre ces deux incisions de manière à avoir une surface d'un pouce et demi dénudée complétement ; on applique ensuite plusieurs points de suture de haut en bas.

Des irrigations continues dans les fractures comminutives des membres [1] ;

Par le docteur Cahours.

Obs. IX. *Blessure par arme à feu ; perforation du tibia de la jambe droite ; fracture de l'os sans déplacement des fragments ; irrigations continues ; guérison.* — M. M***, âgé de quarante-trois ans, tonnelier, garde national dans la 6e légion de Paris, montant à l'assaut d'une barricade de la rue Boucherat, dans les journées de juin 1848, reçut une balle dans la jambe droite. Le projectile pénétra dans le tibia par la face interne, vers son tiers supérieur, et ressortit par la partie postérieure et externe du mollet. Il y eut, au dire du blessé, une hémorrhagie abondante.

Transporté chez lui, le médecin appelé pour lui donner des soins plaça des mèches de charpie dans les plaies, y appliqua un pansement ordinaire cérate, et fit recouvrir le membre de cataplasmes. Ce traitement fut continué jusqu'à la fin de juillet ; et comme à cette époque, son état donnait d'assez vives inquiétudes, Amussat fut appelé en consultation. La jambe alors était rouge, volumineuse ; on sentait de la fluctuation dans le mollet, et il sortait par la plaie postérieure du pus grisâtre fétide. Un stylet introduit par la plaie antérieure permettait de constater la présence d'esquilles assez nombreuses. Le blessé était jaune, maigre, et présentait des symptômes de résorption putride. L'indication la plus pressante étant de fournir un écoulement facile à la suppuration, Amussat débrida l'orifice postérieur en haut et en bas. Il s'écoula une assez grande quantité de pus fétide, et le doigt, introduit dans la plaie, put parcourir une vaste cavité placée entre les muscles jumeaux et soléaire. Afin de ne pas fatiguer le blessé, on ajourna l'extraction des

---

[1] Suite et fin, voir la précédente livraison, p. 114.

esquilles. On convint de faire de fréquentes injections d'eau tiède par les orifices de la plaie et de continuer momentanément l'application des cataplasmes.

Le 2 août, le gonflement ayant sensiblement diminué, il fut possible de constater une légère incurvation du tibia et de la crépitation dans le trajet parcouru par le projectile. Amussat fit l'extraction d'un grand nombre d'esquilles, et le membre ayant été placé sur un coussin garni d'une toile cirée, on établit un courant continu d'eau à la température de l'appartement, au niveau du troü d'entrée de la balle. Les irrigations, suspendues quelques jours, furent reprises le 8 en employant de l'eau tiède. Pour les faire plus commodément, on plaça sous la jambe un large entonnoir en fer-blanc, presque plat, ayant un bourrelet circulaire du même métal, de l'épaisseur du doigt. Le tube vertical, placé au centre du plateau, traversait le matelas et conduisait l'eau dans un vase placé sous le lit. On appliqua sur le membre, au niveau de la plaie, un linge fenêtré et un morceau de drap percé de trous. Un siphon élastique, muni à sou extrémité de bandelettes de linge, conduisait l'eau sans choc sur le membre.

Le 11, l'orifice postérieur s'étant considérablement rétréci, il fut nécessaire de le débrider de nouveau.

Le 19, Amussat cautérisa avec le caustique de Filhos les angles de la plaie postérieure; l'état général du blessé était très-satisfaisant. A la fin du mois, l'orifice postérieur étant complétement fermé, on cessa les irrigations; l'orifice antérieur, toujours ouvert, avait permis l'extraction de plusieurs esquilles. Il fut convenu que l'on ferait plusieurs fois par jour des injections d'eau tiède dans l'orifice antérieur et que le blessé commencerait à se lever.

A la fin de septembre, M. M*** marchait péniblement et éprouvait de la douleur dans la jambe dès qu'il prolongeait un peu ses promenades. On sentait, en introduisant un stylet dans la plaie, des portions d'os nécrosées; mais les tentatives pour les extraire étant trop douloureuses, on les ajourna. Un pansement simple était appliqué régulièrement sur la plaie.

M. M*** passa l'hiver dans cet état, c'est-à-dire jouissant d'une bonne santé, mais ne pouvant faire une course un peu longue sans souffrir.

Dans le courant du mois d'avril 1849, M. le docteur Alphonse Amussat fit en plusieurs séances l'extraction de sept portions d'os nécrosées, dont les deux plus grosses avaient le volume d'une forte noisette. Le malade resta au repos et eut constamment des compresses trempées dans l'eau tiède sur la blessure.

Dans le mois de mai, notre confrère cautérisa plusieurs fois les bourgeons charnus avec le nitrate d'argent et fit continuer le même pansement. Au commencement de juin la plaie était cicatrisée et M. M*** commençait à reprendre ses occupations.

J'ai vu M. M*** l'année dernière et j'ai constaté que le tibia droit présentait une encoche dans le point où il avait été atteint par le projectile, et en comparant la crête tibiale à celle du membre gauche, j'ai remarqué qu'elle présentait une légère incurvation, indiquant

que le tibia avait été fracturé au niveau de la blessure, mais sans déplacement des fragments. Le blessé se servait, du reste, du membre inférieur droit aussi bien que du gauche et comme s'il n'eût été le siége d'aucune lésion.

OBS. X. *Fracture comminutive de la partie supérieure de la jambe droite; écrasement du tibia et de la tête du péroné; absence de la crête tibiale dans l'étendue de quatre travers de doigt au-dessous du genou; désordres dans l'articulation fémoro-tibiale; irrigations d'eau tiède; guérison.* — M. L***, ingénieur en chef, âgé de cinquante ans, d'une belle et forte constitution, s'était rendu, le 1er novembre 1855, à Mantes, pour visiter les travaux d'un tunnel, sur le chemin de fer de Paris à Cherbourg. Un échafaudage, sur lequel il se trouvait avec une douzaine de personnes, s'écroula subitement, entraînant pêle-mêle, dans sa chute, hommes et débris. M. L***, en essayant de se relever, sentit que sa jambe droite était prise entre deux chevrons; il se dégagea lui-même, mais le membre était brisé; il lui fallut faire une vingtaine de pas à cloche-pied sur la jambe saine pour gagner le panier du puits et se faire hisser jusqu'à son ouverture.

Le premier bureau de chemin de fer étant encore éloigné de 100 mètres environ, un employé prit le blessé sur son dos, et sans autres précautions, le membre fracturé ballottant pendant le trajet, il le porta jusqu'à l'endroit où l'attendaient les premiers secours intelligents.

Un médecin de Mantes, M. le docteur Bonneau, s'empressa de faire couper la botte à l'écuyère, le pantalon, le caleçon et les bas de laine, qui, fort heureusement, avaient protégé la jambe à l'endroit de la fracture, puis il appliqua un bandage de Scultet.

M. L*** fut transporté à Paris, couché sur une planche dans un wagon spécial. Amussat et M. le docteur Oliffe attendaient le blessé à la gare pour le faire transporter à l'hôtel Meurice. On défit le bandage de Scultet, et la première inspection fit constater les désordres suivants :

Deux larges ecchymoses de quatre travers de doigt en dedans et en dehors de la jambe au-dessous du genou; écrasement de la partie supérieure du tibia et de la tête du péroné; absence de la crête tibiale dans l'étendue de 10 centimètres; épanchement de sang rendu, manifesté par la fluctuation, surtout au niveau du tiers supérieur du péroné.

On convint de conserver le bandage de Scultet jusqu'au lendemain, d'appliquer des compresses d'eau froide sur le genou et d'administrer une potion calmante.

2 novembre. La nuit fut très-mauvaise; il y avait de la chaleur, de la douleur et une tension énorme aux téguments de la jambe; les parties où avaient porté les chevrons présentaient de larges plaques ecchymotiques, et la gangrène s'annonçait par des phlyctènes nombreuses et roussâtres en dedans et en dehors du membre.

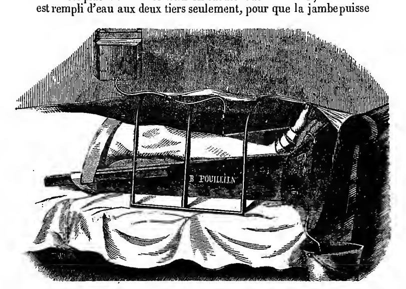
Le malade ayant de la fièvre, M. le docteur Oliffe s'était empressé de desserrer le bandage de Scultet afin de calmer les douleurs. Des

onctions avec le chloroforme faites sur les meurtrissures et une potion opiacée n'avaient pas réussi à calmer M. L*** et à lui procurer du sommeil.

Dans une première consultation, qui eut lieu à huit heures du matin, MM. J. Cloquet, Nélaton, Oliffe et Amussat décidèrent l'emploi de l'eau en irrigations.

A une heure de l'après-midi, Amussat et M. le docteur Oliffe placèrent l'appareil à irrigation continue.

Pour en faire mieux comprendre et apprécier les parties principales, nous l'avons fait représenter dans la figure ci-jointe. La jambe droite est placée sur un coussin en caoutchouc vulcanisé ; ce coussin est rempli d'eau aux deux tiers seulement, pour que la jambe puisse



faire un sillon par son propre poids ; alors les cotés se relèvent. Le pied et la cuisse sont fixés de façon à assurer la rectitude du membre.

L'eau employée dans l'irrigation était filtrée et à une température douce, ni chaude ni froide, environ 23 degrés centigrades.

Le 2 novembre. A six heures du soir, nouvelle consultation entre MM. J. Cloquet, Nélaton, Oliffe et Amussat. On peut déjà constater que l'irrigation continue a produit un excellent effet. Le blessé a éprouvé immédiatement de la fraîcheur, du bien-être, et il a pu dormir une heure. L'état général est aussi satisfaisant que possible ; M. L*** n'a pas de fièvre ; les irrigations sont continuées.

Le 3 novembre. *Matin.* Le blessé a passé une bonne nuit ; il se montre enchanté des irrigations ; mais la jambe est plus gonflée, ainsi que le genou. Amussat vide plusieurs phlyctènes qui se sont développées pendant la nuit ; 72 pulsations : prendre une légère purgation.

Le soir. 75 pulsations. Le mollet augmente de volume. De nouvelles phlyctènes roussâtres font craindre la gangrène.

Le 4 novembre. Le blessé est mieux qu'on ne l'espérait. Peu de douleurs, mais pas de sommeil. Il n'a pas pris d'opium.

Le 5 novembre. Le malade n'a pas dormi. Une selle par le purgatif. La jambe a un peu augmenté de volume; quelques phlyctènes légères.

Le 6 novembre. 72 pulsations. Peu de sommeil malgré une pilule d'opium.

Le 7 novembre. Même état. Le malade demande à manger; on lui accorde quelques huîtres.

Le 8 novembre. Neuf heures du matin, M. L*** est moins bien, 108 pulsations, agitation; la nuit a été très-mauvaise. Le genou est plus gros et présente un épanchement au-dessus de la rotule. Il y a eu excès dans le régime.

Huit heures du soir. Le malade a eu quelques légers frissons dans la journée; la langue est saburrale et jaune. On découvre de la fluctuation en dedans du mollet.

Le 9 novembre. 84 pulsations. Assez bonne nuit; les frissons ont disparu depuis la veille au soir. Le genou est un peu moins gonflé; les irrigations se font sans interruption.

Le 10 novembre. 72 pulsations. Assez bonne nuit malgré les cauchemars. Le genou est dans le même état. La jambe offre toujours de la fluctuation en dedans du mollet.

Le malade est fatigué de bouillon et d'huîtres. Il demande du poulet, du vin, qui lui sont accordés avec la plus grande réserve.

Les 11 et 12 novembre. 76 pulsations. Le blessé se trouve mieux, bon sommeil. MM. Oliffe, Crumpton et Amussat constatent encore la fluctuation au mollet. Peau de chamois sous le siége pour éviter les douleurs au sacrum.

Le 13 novembre. 76 pulsations. Mauvaise nuit. M. L*** souffre beaucoup; la garde s'étant endormie, l'irrigation a été suspendue pendant quelque temps; l'inflammation et la tension ont reparu aux téguments; la fluctuation est augmentée au mollet; les frissons ont reparu.

Les 14 et 15 novembre. 75 pulsations. L'irrigation a fait disparaître les accidents.

Les 16, 17, 18 novembre. 74 pulsations, état général satisfaisant; le genou et la jambe diminuent; la fluctuation du mollet est moins évidente; le malade se montre impatient de quitter l'irrigation.

Régime sévère. On démontre au malade la nécessité de continuer l'emploi de l'eau.

Le 19 novembre. 72 pulsations. Bonne nuit; le pied est œdématé. Appliquer des plaques d'amadou humecté d'acétate de plomb liquide sur le genou.

Le 20 novembre. 72 pulsations; assez bonne nuit. On découvre sous la jambe un limon brunâtre qui ressemble à un épanchement de sang, mais qui n'est que le résultat des irrigations. La jambe offre plusieurs phlyctènes ulcérées. MM. J. Cloquet, Nélaton, Oliffe

et Amussat sont d'avis de cesser les irrigations, en les diminuant graduellement.

Le 21 novembre. Les irrigations ont été suspendues pendant une heure et déjà la peau de la jambe est chaude et rouge. Amussat fait reprendre l'eau, et, comme la première fois, le malade accuse le retour au calme.

Le 22 novembre. Nouvelle suspension des irrigations, et le pouls, qui, à huit heures du matin, était à 72 pulsations, est remonté à 80. La chaleur et le prurit ont reparu aux téguments; les phlyctènes sont toutes ulcérées.

Les 23, 24, 25 novembre. Pendant ces trois jours, le même accident se produisit encore une fois; mais, le malade désirant remplacer les irrigations continues par un pansement d'une application plus simple, on leur substitue des arrosions intermittentes faites avec une éponge. L'état général, du reste, est satisfaisant, bien que la jambe et le genou soient encore très-rouges et volumineux.

Le 27 novembre. Amussat et M. Oliffe font enlever l'appareil à irrigation et placer la jambe dans une gouttière à gutta-percha. Ce changement se fait sans difficulté; mais, vers le soir, le malade se plaint de souffrir au talon. Un coussin à air placé sous cette partie fait disparaître la douleur.

Du 28 au 30 novembre. La garde fait quelques applications de linges humides sur les points rouges et enflammés. On exerce, à l'aide de bandelettes, une légère compression sur le genou et la jambe. MM. J. Cloquet et Nélaton constatent une amélioration sensible et un état général satisfaisant.

Nous entrons dans une nouvelle phase de la maladie de M. L***. L'inflammation, combattue victorieusement par les irrigations continues, n'était plus à craindre; mais il restait un double travail de consolidation du cal et de réparation des téguments horriblement contus. Pendant cette période, qui se confond avec la convalescence, l'esprit ingénieux d'Amussat fut continuellement en jeu. Presque chaque jour il modifie les pansements dont les parties adhèrent à la peau et entretiennent la suppuration; il essaye depuis la charpie jusqu'au lint anglais; enfin, pour obtenir le desséchement de la peau, il imagine de suspendre la jambe dans un hamac à mailles assez larges, qui laissent l'air circuler autour du membre.

Cette modification de l'appareil donne un résultat plus avantageux que les pansements avec le cérat, l'huile et la glycérine employés jusqu'alors. Plus tard, pour faciliter les premières tentatives de la marche et soutenir le cal, il fait fabriquer une guêtre de zouave perfectionnée.

Les mois de décembre et de janvier furent employés à tarir une exsudation puriforme des téguments.

Le 7 janvier, M. L*** commence à se servir de béquilles, et à la fin de février la guérison était complète.

Il ne restait plus à la peau que quelques croûtes, qui disparurent promptement à l'aide de bains de son. Le cal était très-solide, la marche facile et sans claudication. Dans les premiers jours de mars, il partit pour l'Allemagne.

Obs. XI. — Au mois d'août 1864, je fus appelé pour une femme de soixante-six ans, ayant été renversée par un omnibus dans la rue Laffitte. Je constatai une fracture de la partie moyenne de la jambe droite et un vaste épanchement sanguin s'étendant depuis le milieu de la jambe jusqu'au pied, qui était meurtri et violacé. Dès le premier jour, j'installai des irrigations continues avec de l'eau tiède sur le membre blessé, diminuant ou augmentant la température du liquide d'après les impressions de la malade. Les irrigations m'ayant permis de combattre avec succès le traumatisme, je les cessai et je maintins les os fracturés dans une position convenable au moyen d'attelles garnies de coussins à air. La peau de la jambe s'étant gangrenée au niveau de l'épanchement dans l'étendue d'une pièce de 5 francs, je pratiquai un débridement qui permit la sortie de deux verres de sang corrompu. J'appliquai sur les plaies un pansement simple. Sous l'influence de ce traitement, la fracture se consolida; la plaie se cicatrisa presque complétement; et tout faisait prévoir une prompte et entière guérison, lorsque la malade succomba, le quarante-huitième jour de l'accident, à une embolie du cœur (1).

Obs. XII. *Coup de feu à la jambe gauche; pénétration du projectile dans l'articulation du genou; irrigations continues: guérison avec conservation du projectile.* — M. M***, blanchisseur, à Vaugirard, âgé de quarante-trois ans, reçut, le 24 juin 1848, au coin de la rue des Rosiers, une balle qui pénétra dans l'articulation du genou de la jambe gauche, en traversant la tubérosité interne du tibia. Le blessé, homme très-vigoureux, put encore faire quelques pas. On le transporta d'abord à la mairie du 7e arrondissement, où un chirurgien militaire sonda la plaie et ne découvrit pas la balle; puis de là dans son domicile à Vaugirard. Des cataplasmes appliqués toute la nuit du samedi au dimanche ne calmèrent que très-faiblement les douleurs, qui, au dire de M. M***, étaient excessivement vives.

Le 25, M. le docteur Garnier, médecin du blessé, fit appeler Amussat en consultation. Il commença par introduire un stylet dans la plaie; mais, n'ayant pu découvrir aucun corps étranger dans son trajet, il se décida à pratiquer une contre-ouverture à la partie externe et supérieure du tibia, vis-à-vis la plaie d'entrée de la balle, afin de rendre ses recherches plus complètes et de fournir à la suppuration un écoulement facile. Il lui fut encore impossible de constater la présence du projectile. Il proposa alors à M. le docteur Garnier de soumettre l'articulation blessée à des irrigations continues d'eau à la température de l'appartement. Cette proposition ayant été acceptée, le malade fut placé sur un lit de sangle. On disposa une échelle double en travers du lit, et un bâton passant par l'anse d'un seau fut appuyé par les deux extrémités sur les degrés de l'échelle. Le genou blessé reposait sur une toile cirée légèrement inclinée, conduisant l'eau dans un baquet placé à côté du

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1864.

lit. On pratiqua un trou au fond du seau, et une paille introduite dans ce petit orifice conduisit l'eau sur l'articulation, recouverte seulement d'une compresse. La température de l'eau varia entre 15 degrés et 18 degrés, et quelquefois elle parut un peu froide pendant la nuit ; cependant elle fut toujours bien supportée, et lorsque par hasard on oubliait de remplir le seau avant qu'il fût vide et s'il y avait un peu d'interruption dans les irrigations, le genou rougissait aussitôt et le blessé ressentait de vives douleurs. Toute la partie interne de l'articulation étant le siége d'un gonflement et d'une fluctuation manifestes, on fit faire sur cette partie des frictions avec de l'onguent mercuriel pendant huit jours et l'on obtint de l'amélioration. Les irrigations furent faites sans interruption pendant vingt-six jours. A la fin du mois de juillet, les deux ouvertures étaient fermées ; le genou gauche un peu plus volumineux que le droit, et les mouvements de flexion, très-bornés, étaient encore fort douloureux. La balle, étant probablement venue se loger à la partie postérieure de l'articulation, faisait l'office d'un coin qui gênait les condyles du fémur dans leurs mouvements. M. M***, pouvant alors faire quelques pas dans sa chambre en s'appuyant sur une canne, partit pour les eaux de Bourbonne et y passa un mois. A son retour, il fut permis de constater qu'il y avait une amélioration sensible dans les douleurs dont l'articulation était le siége ; mais il n'avait rien gagné quant à la flexion.

Au mois de décembre, il put marcher facilement et sans douleur, la jambe roide et sur un terrain uni ; mais dès qu'il était obligé de faire des mouvements de flexion, même bornés, il éprouvait de la douleur.

J'ai vu dernièrement M. M***, et j'ai constaté qu'il était toujours dans le même état.

Dans les observations X et XI, on a pu remarquer que le membre blessé avait été placé sur un coussin à eau. Dans le but de prévenir les excoriations au sacrum et aux autres parties du corps, lorsque le décubitus dorsal est prolongé pendant les fièvres graves, les médecins anglais placent depuis longtemps leurs malades sur un matelas à eau, et ils évitent ainsi les accidents que nous venons de signaler. En 1850, Amussat eut l'idée d'employer un coussin de forme rectangulaire en toile caoutchoutée, contenant une certaine quantité d'eau, pour y placer la jambe d'une dame qu'il soignait pour une fracture comminutive avec MM. Louis et Cloquet, et il en obtint un résultat très-satisfaisant. Dans les deux observations qui précèdent, le membre blessé a été placé également sur un coussin à eau en caoutchouc. Amussat se loua beaucoup de cet appareil, et il conseillait, dans les cas où on ne pouvait se le procurer, à la campagne, par exemple, de le remplacer par une ou deux vessies de porc contenant environ les deux tiers de leur capacité de liquide,

afin que le membre placé dessus fût dans une espèce de gouttière. Le coussin à eau offre, on le comprend facilement, ce grand avantage, que le membre porte uniformément sur tous les points.

L'observation XII est certes une des plus remarquables de ce travail : elle prouve que, même dans la blessure par arme à feu d'une articulation aussi importante que le genou, on peut, à l'aide de l'eau, conjurer les accidents dont tous les praticiens connaissent la gravité. Percy rapporte un fait bien remarquable de blessure par arme à feu dans la même région : « Un capitaine polonais, nommé Leizawski, reçut au passage du Bug un coup de feu qui lui brisa la rotule. Conduit chez une de ses parentes, à Varsovie, on lui fit faire une machine en fer-blanc pour placer sous son genou, que l'on arrosait nuit et jour avec de l'eau. Il ne goûtait les douceurs du sommeil que pendant l'irrigation. On enleva plusieurs esquilles; la suppuration s'établit presque sans accident, et le trente-troisième jour la cicatrice fut achevée [1]. »

J'aurais pu, en parcourant les salles de chirurgie des hôpitaux de Paris, grossir le nombre de faits qui prouvent les avantages immenses que l'on peut retirer de l'emploi de l'eau dans les lésions les plus graves des membres. Mais je pense que les observations qui précèdent suffiront largement pour fixer l'opinion des praticiens sur la valeur d'un agent aussi puissant que simple, et contribueront encore à étendre le champ de la chirurgie conservatrice.

J'ai appelé à plusieurs reprises l'attention du lecteur sur la température de l'eau en irrigations. Je crois devoir y revenir une dernière fois, parce que je la considère comme étant de la plus haute importance pour l'avenir de cet agent. Quand Josse (d'Amiens) eut fait connaître les résultats de sa pratique, les chirurgiens les plus distingués de Paris s'empressèrent d'employer l'eau froide dans le traitement des lésions graves des membres. Mais ils eurent bientôt à enregistrer des insuccès qui ne contribuèrent pas peu à restreindre l'emploi de cet agent. Breschet, Amussat, M. J. Cloquet et d'autres praticiens éclairés comprirent que la température du liquide jouait un très-grand rôle, et ils la modifièrent suivant les indications. En effet, la température doit varier suivant la constitution, l'état du blessé, son âge, son genre de blessure et, de plus, aux différentes périodes du traitement. C'est le thermomètre à la main que le praticien doit régler le degré de la température du liquide, en tenant soigneusement compte des phénomènes qu'il observe aux différentes

(1) Percy, art. Eau.

périodes du traitement. Amussat conseillait à ses élèves d'employer l'eau à une température telle qu'elle ne produisît aucune sensation désagréable au malade. Il commençait ordinairement avec de l'eau à 18 degrés environ, puis il faisait modifier la température suivant les symptômes observés.

Un autre point sur lequel j'appellerai encore l'attention du praticien, c'est d'éviter la cessation brusque des irrigations. Il faut, quand on veut procéder à un autre mode de pansement, diminuer graduellement la quantité de liquide qui coule sur le membre blessé, interrompre de temps à autre le courant d'eau, et on arrive ainsi à éviter toute réaction.

L'eau s'emploie de trois manières différentes : en pansement, en irrigations et en immersions.

Le pansement à l'eau le plus simple consiste à tremper une compresse dans l'eau, à l'appliquer sur la blessure et à la changer assez souvent pour qu'elle soit toujours humide et que sa température ne varie pas sensiblement.

On comprend, en effet, que par suite de l'évaporation du liquide, la température change plus ou moins vite ; il est donc convenable de renouveler assez fréquemment la compresse. Si on emploie de l'eau tiède, on peut, en recouvrant la compresse avec une toile imperméable quelconque, empêcher l'évaporation et le desséchement, et la renouveler ainsi moins souvent. Percy conseillait de se servir de compresses en molleton de laine.

Amussat employait, pour le pansement des plaies, quatre pièces de tissus différents : 1° un tissu percé d'un grand nombre de trous, un linge fenêtré, par exemple, qu'il nommait *crible;* 2° une compresse de vieux linge de toile, qu'il nommait *absorbant;* 3° un morceau d'agaric, qu'il appelait *humectant;* 4° un morceau d'un tissu imperméable quelconque, plus large que les précédents [1].

Le crible, l'absorbant et l'humectant, trempés dans l'eau tiède, étaient appliqués sur la plaie dans l'ordre suivi pour leur description, et le tissu imperméable recouvrait le tout. Ce pansement était renouvelé toutes les quatre ou cinq heures environ, en ayant soin de changer chaque fois le crible et l'absorbant.

Les irrigations se font ordinairement au moyen d'un siphon élastique, dont l'une des extrémités plonge dans un vase contenant de l'eau, plus élevé que la plaie ; l'autre extrémité, ordinairement garnie de bandelettes de linge ou de longs brins de charpie, amène

---

[1] A. Amussat, *Sur l'emploi de l'eau en chirurgie*. Paris, 1850.

l'eau sans choc à sa destination. Il faut, en effet, éviter avec soin l'action stimulante que l'eau exercerait sur les tissus en tombant d'une certaine hauteur et faisant l'office de douche. On a pu voir, dans les observations citées plus haut, que le siphon élastique peut être remplacé par un siphon de verre, un tube de plomb, une paille, un morceau de ficelle, etc.

J'ai eu soin, dans le but de fournir des indications aux praticiens des campagnes, d'indiquer soigneusement la disposition des appareils dont on s'était servi pour faire les irrigations.

L'immersion est d'une application plus restreinte que les deux autres modes d'emploi de l'eau que je viens d'indiquer. Je ne l'ai vu employer que pour le pied et l'extrémité inférieure de la jambe; pour la main, l'avant-bras et le coude.

Pour le membre supérieur, l'appareil le plus simple est un vase oblong dans lequel on peut immerger la main seule ou avec l'avant-bras et le coude. Pour permettre aux malades de sortir tout en suivant ce mode de traitement, Amussat avait fait fabriquer un manchon coudé en zinc, fermé à l'une de ses extrémités, dans lequel on introduisait le membre supérieur jusqu'au-dessus du coude, et que l'on soutenait au moyen d'un ruban passant autour du cou et venant se tixer à deux anneaux.

Pour le pied et pour la main, l'appareil le plus simple est une vessie de porc, que l'on assujettit au-dessus des malléoles ou du poignet. Cet appareil est remplacé avantageusement par un sac en caoutchouc, quand on peut se le procurer.

A l'aide de ces trois procédés, il est facile d'appliquer l'eau aux fractures comminutives des membres, séparément ou en les combinant ensemble; on pourra satisfaire à toutes les indications et obtenir des résultats vraiment merveilleux.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Pâte au fucus crispus. — Un mot sur cette mousse.

Cette plante, qui porte les noms de *condus polymorphus, fucus crispus*, *carragaheen*, *algue des mers du Nord, lichen perlé*, *mousse perlée,* contient une grande quantité de mucilage. Ce sont les Anglais qui nous l'ont fait connaître et l'ont prescrite aux phthisiques, comme analeptique, à la suite des diarrhées et dans les cas où nous employons le lichen d'Islande.

Aujourd'hui, ce fucus joue un très-grand rôle dans l'industrie : il sert d'apprêt à certains tissus ; les brasseurs l'ajoutent à quelques bières, pour leur donner du corps ; les confiseurs en font la base d'un bonbon pectoral, qui a les torts d'être édulcoré avec du sirop de glucose et livré au commerce de l'épicerie sous le nom de *boules de gomme;* car les deux produits se ressemblent d'une manière si complète, qu'on pourrait confondre l'un avec l'autre : même couleur, même forme, même grosseur, mêmes aromes.

Les bonbons au *fucus crispus* ont un inconvénient qu'on ne rencontre pas dans ceux à la gomme. Placés dans une boîte hermétiquement fermée ou dans un lieu humide, ils s'y couvrent d'une végétation cryptogamique, qui ne laisse pas que d'être un danger pour les personnes qui en font usage.

Nous n'avons pas à nous prononcer si le mucilage retiré du *fucus crispus* jouit des mêmes propriétés thérapeutiques que celui de la gomme arabique ; nous dirons seulement que, en vendant l'un pour l'autre, il y a fraude et tromperie sur le prix, puisque la pâte de *carragaheen* au candi ne revient au fabricant qu'à 1 fr. 50 c. le kilogramme, tandis que celle à la gomme coûte un peu plus du double. Si, à l'œil, on peut prendre une pâte pour l'autre, il n'en est pas de même avec les agents chimiques. On sait que M. Roussin a découvert que la gomme arabique dissoute dans l'eau se colore en brun avec un sel de fer ; cet effet n'a pas lieu avec le mucilage de la mousse perlée.

On prépare cette pâte de la manière suivante :

On lave le *carragaheen* avec de l'eau froide ; on le fait bouillir pendant une heure dans la plus petite quantité d'eau possible ; on soumet cette plante à une forte pression pour en isoler le mucilage ; on ajoute à ce mucilage une certaine quantité de sirop de glucose ; on évapore au bain-marie, jusqu'à consistance malléable ; on étale cette pâte sur une table au moyen d'un rouleau ; on la découpe en morceaux qui ont la forme carrée ; on les roule dans du sable très-fin, dont on a conservé l'aspect cristallin.

On aromatise ce bonbon à la fleur d'oranger, au citron, à la vanille, à la violette, au tolu ; on le colore en rose avec le carmin ; on y ajoute quelquefois une pâte de chocolat. Stanislas MARTIN.

Formule d'un baume narcotique.

On voit depuis quelque temps annoncé dans les journaux extra-scientifiques un saponé de narcotiques.

Un de nos plus honorables confrères, M. de Lucé (de Vire), nous en envoie la formule, qu'on chercherait, nous dit-il, vainement ailleurs :

Savon médicinal...........................	6	grammes.
Alcoolature de belladone....................	āā 5	—
— de stramoine....................		
— de jusquiame....................	10	—
Extrait d'opium................................	1	—
Ammoniaque....................................	2	—
Essence pour aromatiser......................	Q. S.	

F. S. A. Un baume qui doit avoir une belle couleur verte.

BIBLIOGRAPHIE.

Des Maternités. — Etude sur les maternités et les institutions charitables d'accouchement à domicile dans les principaux Etats de l'Europe (France, Autriche, Prusse, Russie, Angleterre, Belgique, Danemark, Hollande, Etats allemands), par le docteur Léon Le Fort, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux.

Ce sera une des gloires de notre siècle d'avoir franchement abordé la solution des grands problèmes de l'hygiène sociale. Pour ne citer qu'un exemple, chacun sait les discussions auxquelles a donné lieu l'hygiène des hôpitaux et les travaux produits sur cette question, et s'ils n'ont pas donné tout ce qu'il était permis d'espérer, ils ont au moins amené de notables améliorations. Actuellement les salles des anciens hôpitaux sont refaites de fond en comble, des arrangements utiles y sont introduits, de nouveaux plans sont proposés [1], et l'heure est proche, du moins nous l'espérons, où l'assistance hospitalière fera progressivement place à l'assistance à domicile.

L'attention publique a été surtout vivement frappée par l'effroyable mortalité qui atteint les femmes en couches dans les maternités où, chaque année, des épidémies font de nombreuses victimes, et c'est avec un douloureux étonnement que la statistique démontra qu'à la Maternité de Paris, la mortalité de 1860 à 1864 a été de 1 accouchée sur 8, tandis qu'à l'Hôtel-Dieu, du temps de Tenon, en 1788, elle n'était que de 1 accouchée sur 15. Nous avions reculé au lieu d'avancer. Justement alarmé de ce résultat, un

[1] Témoin le projet de la nouvelle Maternité de Bordeaux.

de nos jeunes chirurgiens des hôpitaux de Paris entreprit de rechercher les causes d'un tel désastre, et il vient de consigner ses longues et laborieuses recherches dans un ouvrage qui a eu un grand retentissement, et qui aura pour l'avenir une haute portée, car il ne se contente pas de montrer le mal, il indique le remède.

Plus qu'un autre, M. Le Fort était à même de mener à bien une pareille tâche; il a visité les hôpitaux d'Angleterre, d'Allemagne et de France; il a eu en main les registres, il a pu consulter les tables des décès, et c'est sur des chiffres qu'il s'est appuyé pour formuler ses conclusions.

Tout d'abord M. Le Fort établit d'une manière positive que la mortalité est beaucoup plus élevée dans les maternités que dans les services d'accouchement à domicile. Ainsi, en 1861 et 1862, dans les hôpitaux, la mortalité par les accouchements a été de 1 sur 12, tandis que, dans les bureaux de bienfaisance où la population est la même, la mortalité n'était que de 1 sur 177, et en ville de 1 sur 178. On pourrait croire qu'une telle différence tient à l'état de nos établissements hospitaliers, mais on la retrouve dans toute l'Europe, et elle tient à la constitution même des maternités. Sur 888,312 femmes accouchées dans des maternités ou hôpitaux de différents pays, 30,594 sont mortes, soit 1 sur 29. Sur 934,781 accouchements opérés en ville dans les classes pauvre et riche, 4,405 ont été suivis de mort, soit 1 sur 212. De là devrait ressortir une conclusion rigoureuse : supprimer les maternités et propager les secours à domicile. Mais un grand nombre de femmes n'ont pas d'asile, pas de domicile, et les hôpitaux d'accouchement sont indispensables. Alors il faut les placer dans les meilleures conditions possibles, car la statistique montre que la constitution intérieure, l'aménagement, l'hygiène des diverses maternités, ont amené des différences notables.

Pour M. Le Fort il n'y a qu'une cause principale de décès après l'accouchement, c'est la fièvre puerpérale. Cette maladie n'est meurtrière à un si haut point que parce qu'elle règne parfois épidémiquement, et les épidémies de fièvre puerpérale sont dues en grande partie à la contagion portée sur un grand nombre de malades, lesquelles, sans l'influence médiate ou immédiate de l'accouchée morbifère, eussent été à l'abri de tout accident. Supprimez la contagion et vous diminuerez la mortalité des femmes en couches. Là réside toute la solution du problème.

Comme on le voit, l'auteur pose nettement la question, et sa conviction est si sincère qu'il vous la fait partager. Laissons-le parler.

« Un cas de fièvre puerpérale se développe primitivement dans une maternité et chez une accouchée prédisposée, que faire? Isoler rigoureusement et tout de suite l'accouchée devenue malade, purifier ou brûler tout ce qui lui a servi, laver le parquet et repeindre les murs des chambres, empêcher toute communication, même indirecte, entre la malade et les autres accouchées? A quoi bon? La maladie n'est pas contagieuse, c'est une épidémie qui voyage et qui est venue un instant se reposer dans la maternité. Résignons-nous, et lorsqu'une mortalité excessive aura montré que le miasme voyageur, que l'épidémie ne veut pas quitter son asile, cédons la place et... fermons l'établissement.

« Voilà où conduisent ces idées d'épidémies sans contagion directe ou indirecte, alors que la contagiosité est presque toujours la première condition de l'épidémicité, et qu'on pourrait poser cette loi : Toute maladie susceptible de se transporter d'un lieu à un autre sous forme épidémique est contagieuse. »

Il est impossible, dans l'état actuel de la science, d'indiquer toutes les voies par lesquelles se fait la contagion, mais quelques-unes nous sont connues, et, pour la fièvre puerpérale, M. Le Fort admet les trois modes de propagation suivants : 1° par les malades; 2° par l'intermédiaire des élèves et des médecins pendant ou après l'accouchement; 3° par les miasmes contagieux conservés dans les salles, par les murs, les matelas, les lits, les rideaux, les objets de pansement, etc.

La seconde de ces causes, si elle est bien prouvée, mériterait à elle seule une longue discussion, car elle placerait souvent le médecin dans une cruelle alternative : ou renoncer, momentanément, il est vrai, à la pratique des accouchements, ou servir de véhicule au poison morbide. Heureusement que les faits rassemblés, quoique significatifs, ne sont pas trop nombreux, et dans bon nombre de cas, les médecins ou élèves en médecine avaient donné leurs soins à des femmes en couches après avoir fait l'autopsie de femmes mortes de fièvre puerpérale; d'où cette opinion, adoptée en Allemagne, que les matières septiques de l'autopsie peuvent inoculer la fièvre puerpérale. Quelle que soit la vérité de cette hypothèse, il faut être prévenu qu'il est très-dangereux de donner des soins à une femme en couches après avoir fait l'autopsie d'une femme morte de fièvre puerpérale, et M. Le Fort conseille aux médecins et aux élèves des maternités d'éviter les amphithéâtres en temps d'épidémie.

Le mal est grand, nous avons pu pénétrer une partie de ses

causes : où est le remède ? Tel est le sujet traité dans la seconde partie de l'ouvrage qui a pour titre : *Prophylaxie*. Puisque les maternités sont indispensables, il faut au moins veiller à ce que leur aménagement réalise les meilleures conditions. Deux principes doivent guider le médecin et l'hygiéniste dans la construction des maternités : 1° empêcher que la maladie développée chez une accouchée ne se transmette à un grand nombre de femmes saines, avant que la malade ait pu être isolée; 2° séparer d'une manière absolue les femmes atteintes de fièvre puerpérale dans une infirmerie spéciale. Le but sera en partie atteint par les mesures suivantes :

Une infirmerie spéciale, ayant un personnel spécial, sera affectée aux femmes atteintes de fièvre puerpérale.

Les femmes en couches non malades seront placées, autant que possible, dans des salles ne renfermant que trois accouchées.

Après avoir été occupées pendant douze à quinze jours, les salles se reposent pendant un temps égal. Cette méthode, dite d'*alternance des salles*, est mise en pratique dans bon nombre d'hôpitaux.

Après chaque accouchement, les literies seront renouvelées entièrement et purifiées.

Les linges, les objets de pansement ne séjourneront pas dans les salles avant d'être mis en usage; souillés, ils seront immédiatement enlevés.

Au cas où une fièvre puerpérale se serait développée dans une salle, cette dernière sera rebadigeonnée à la chaux, et le parquet lavé à grande eau. Le mobilier sera retiré et soigneusement nettoyé.

Chaque femme devra avoir son éponge, sa serviette.

Les plus grands soins de propreté seront pris par les gens de service. Aucune personne étant entrée dans l'infirmerie spéciale ou ayant pratiqué une autopsie ne pourra, avant vingt-quatre heures, revenir dans les salles des accouchées.

Tels sont les règlements qui, suivant M. Le Fort, devraient présider à l'administration d'une maternité modèle. Comme nous en sommes loin, du moins en France ! mais il ne faut pas désespérer de l'avenir.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans la description des diverses maternités d'Angleterre, de France, d'Allemagne et de Russie; chemin faisant, il indique la façon dont se fait l'instruction obstétricale des sages-femmes et des étudiants en médecine. A propos de l'assistance à domicile, il compare les mesures adoptées dans divers pays, et après avoir établi qu'à Paris l'organisation des bu-

reaux de bienfaisance ne laisse que peu à désirer, il formule le vœu que ce service soit encore plus étendu, devienne accessible aux élèves, suivant l'organisation de la polyclinique de Leipzig, afin d'aboutir à cette conclusion : L'accouchement à domicile doit être la règle ; l'accouchement à l'hôpital, l'exception.

Dans cette trop courte analyse, nous nous sommes attaché à exposer fidèlement les opinions de l'auteur sans les discuter, car nous nous sentons incapable de trancher cette grande question de la contagion de la fièvre puerpérale. L'on nous reprochera peut-être de nous être laissé captiver par une parole ardente, par un style entraînant ; mais tout homme de bonne foi qui cherche la vérité fera le raisonnement qui nous est venu à l'esprit. Actuellement on ne croit pas à la contagion de la fièvre puerpérale; aussi ne fait-on rien pour l'éviter, pour restreindre la propagation de l'épidémie, et comme la thérapeutique est impuissante, le rôle du médecin se borne à prodiguer des secours inutiles. Vienne au contraire une théorie nouvelle qui nous indique les moyens d'éviter le fléau, de restreindre sa propagation, qu'elle soit vraie ou fausse, peu importe , nous n'en savons rien, mais nous l'adopterons pleinement dans ses mesures pratiques, nous prendrons les précautions qu'elle enseigne, et fasse que l'expérience vienne bientôt lui porter son appui.

M. Le Fort aura eu le grand mérite d'éveiller l'attention sur une de nos grandes misères sociales, et nous le pouvons dire hautement, il a fait plus qu'un bon livre, il a fait une belle action.

F. Bricheteau.

Mémoires et Bulletins de la Société médico-chirurgicale des hôpitaux et hospices de Bordeaux, **t. Ier, 1er fascicule.**

Il s'est établi cette année, à Bordeaux, une nouvelle Société de médecine qui a surtout pour but la publication des faits cliniques, spécialement consacrée à l'étude des maladies observées en ville et dans les hôpitaux. Mais, s'inspirant surtout de la pratique nosocomiale, elle rappelle son origine par sa composition et son mode de recrutement; car elle n'accepte, comme membres titulaires ou associés, que des médecins appartenant ou ayant appartenu aux hôpitaux, soit comme chefs de service, soit comme internes. On le voit, cette société représente à peu près ce que sont à Paris la Société médicale des hôpitaux et la Société de chirurgie réunies. Cette heureuse alliance ne peut qu'être très-avantageuse pour le progrès de la

science médicale à Bordeaux, où elle est déjà cultivée avec tant de succès par un si grand nombre de praticiens distingués. Nous n'avons, du reste, qu'à ouvrir le premier fascicule des bulletins de cette société pour nous confirmer dans notre manière de voir. La grande majorité non-seulement des médecins et des chirurgiens des hôpitaux, mais aussi de la ville même, y est dignement représentée, et si nous parcourons seulement le sommaire des séances, nous voyons que la chirurgie et la médecine y figurent par un apport à peu près égal ; les communications y sont toutes intéressantes et ont servi de point de départ à des discussions généralement bien suivies. L'espace nous manque pour entrer dans le détail de toutes ces questions ; nous nous contenterons de signaler les plus importantes. Notons, en premier lieu, une très-remarquable discussion sur l'anthrax, qui peut être considérée comme la suite de celle qui eut lieu l'année dernière à l'Académie de médecine de Paris. Parmi les argumentateurs figurent MM. Labat, Bitot et Denucé. De cette discussion, il ressort que l'anthrax doit être traité par les grandes incisions, suivies de caustiques ; seulement M. Denucé emploie le perchlorure de fer, et M. Bitot préfère la pâte de Canquoin. Une curieuse observation de l'étiologie, souvent obscure, de la pustule maligne, communiquée par le docteur Brochard, rappelle aussi très-heureusement la discussion qui eut lieu à l'Académie de médecine. Parmi les faits cliniques dont la société s'est occupée, citons, en passant, une très-belle observation, communiquée par M. Azam, de pseudartrose de la cuisse, datant de deux ans et guérie par l'électro-puncture et le drainage. L'électro-puncture détermina l'apparition d'abcès qui furent drainés, mais dont l'apparition fut le signal de la consolidation.

Dans le domaine purement médical, la Société médico-chirurgicale de Bordeaux n'a pas abordé de grandes questions, mais les communications n'en ont pas été moins bien présentées et ne sont pas moins dignes d'intérêt. Notons d'abord une observation d'abcès du larynx, de M. Lacaussade, survenue dans la convalescence d'une fièvre typhoïde, accident, à ce qu'il paraît, beaucoup plus commun en Allemagne qu'en France, puisque les Allemands ont donné à cette sorte de lésion le nom de *laryngo-typhus*. M. Lacaussade semble ne pas partager les idées allemandes à cet égard, car il considère la maladie moins comme le résultat de la fièvre typhoïde, que d'un épuisement profond qui prédispose aux suppurations et aux inflammations.

M. Denucé a présenté un dragonneau de Médine extrait par lui

de la cuisse d'un malade, lésion qu'on observe rarement dans nos contrées.

Nous avons lu avec plaisir une observation de kyste épigastrique ouvert dans l'estomac et guéri par des vomissements, et dont la nature a été l'objet d'une discussion intéressante.

On lira avec intérêt une observation de tubercule du cervelet, où M. Bitot a analysé tous les symptômes en anatomiste et physiologiste éminent. L'hydrologie a été dignement représentée par M. Delmas, qui a pris à partie le livre de M. Fleury, à propos d'un article du docteur Sales-Girons, et il a fort bien démontré que l'hydrothérapie n'était pas près de tomber en décadence, tant qu'elle serait soutenue par d'aussi vigoureux champions.

D'après ce court aperçu, il est facile de juger que la Société de médecine de Bordeaux sait à propos unir la pratique à la théorie, et que l'anatomie et la physiologie y sont aussi bien représentées qu'ils pourraient l'être à Paris. Nous souhaitons donc beaucoup de prospérité à la nouvelle société, et nous attendons avec impatience la seconde partie de ses mémoires. Émile TILLOT.

BULLETIN DES HOPITAUX.

INTOXICATION SATURNINE CAUSÉE PAR DU SOUS-NITRATE DE BISMUTH IMPUR [1]. — M. X***, trente-quatre ans, distillateur, d'un tempérament nerveux, est, depuis son enfance, sujet à des douleurs d'entrailles et à la diarrhée. Au mois de juillet 1857, il a eu une attaque violente de choléra qui n'a fait qu'aggraver cette disposition, et lui a laissé une grande impression de terreur. Aussi, lorsque l'épidémie cholérique a éclaté à la fin de septembre 1865, et lorsqu'elle a reparu au commencement de l'été de 1866, n'a-t-il pu se défendre de craintes très-vives. Dès qu'il avait des douleurs abdominales ou un peu de dévoiement, il se hâtait de prendre du diascordium ou du sous-nitrate de bismuth. Ce dernier médicament est le seul dont il ait fait usage pendant les mois d'août et de septembre. Il en avait constamment chez lui une petite provision, et il en prenait matin et soir une forte pincée au commencement de ses repas.

Malgré ces précautions, associées à un régime sévère, il n'était

[1] Observation communiquée à la Société médicale des hôpitaux par M. le docteur Millard, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

pas toujours exempt de coliques ni de diarrhée. Vers la fin de septembre, les douleurs changèrent de siége et de nature : elles se rapprochaient du creux de l'estomac et prenaient le caractère de crampes; plus tard, elles s'étendirent vers les régions inguinales, dans les bourses, et enfin jusque dans les membres supérieurs et inférieurs. En même temps, la mine devint mauvaise, le teint pâle, jaunâtre, l'appétit très-capricieux, les digestions très-laborieuses.

Le 8 octobre, M. X*** alla en province assister à un mariage, mais, sur ma recommandation, observa une grande sobriété. Il eut encore, dans les journées du 9 et du 10 octobre, une légère diarrhée qu'il s'empressa de combattre, comme d'ordinaire, avec son sous-nitrate de bismuth qu'il avait eu soin d'emporter en voyage.

Depuis le 10 octobre au soir, il n'eut plus de garde-robes, cessa tout médicament et revint à Paris fatigué et très-souffrant.

Le 12, il garda le lit, en proie à des douleurs très-vives et incessantes qui occupaient non-seulement l'estomac et tout le ventre, mais encore les régions inguino-génitales, les jarrets et les poignets. Ces douleurs privaient de tout sommeil M. X***, qui ne cessait de s'agiter dans son lit, sans trouver de position convenable; avec cela, la langue était sale, l'anorexie complète, le ventre un peu ballonné, très-sensible au toucher. L'exploration des régions inguinales et des bourses était presque impossible à pratiquer, tant était vive l'hyperesthésie. Apyrexie complète. Peau fraîche, pouls très-calme, plutôt ralenti, 56 pulsations par minute. Appelé le 12 au soir, je ne vis là tout d'abord que des phénomènes nerveux qui pouvaient être mis sur le compte de la fatigue et de l'impressionnabilité extrême du sujet, avec des signes d'embarras gastrique, et me bornai à prescrire des cataplasmes laudanisés sur le ventre, un lavement d'eau de guimauve et de pavot, une potion calmante avec 30 grammes de sirop de morphine pour la nuit, et un bain pour le lendemain matin. Ces moyens ne produisirent aucun soulagement.

Le samedi 13, les coliques étaient atroces, l'agitation incessante, les traits contractés par la souffrance. Urines rares et un peu troubles, non ictériques. Le foie, percuté avec soin, était plutôt diminué de volume. Constipation depuis trois jours, ce qui rassurait le malade, toujours préoccupé de l'invasion du choléra. Néanmoins, je prescrivis pour le lendemain une petite dose (15 grammes) d'huile de ricin, et dès le samedi soir je fis administrer un lavement avec 60 grammes de glycérine, qui ne produisit pas d'effet. Malgré les cataplasmes laudanisés et la potion calmante, la nuit fut détestable.

Le dimanche 14, l'huile de ricin, prise le matin, est vomie dans

l'après-midi après des coliques et de violentes nausées. Deux lavements, un simple et un autre avec 100 grammes de miel de mercuriale, sont donnés sans résultat. Les douleurs abdominales, inguino-scrotales et articulaires redoublent le soir; la lenteur du pouls est plus prononcée; il tombe à 48.

Le lundi 15, persistance et aggravation des mêmes symptômes: j'examine encore M. X*** avec le soin le plus minutieux, sans rien découvrir de nouveau. Cette constipation insolite résistant depuis quatre jours indiquait la nécessité d'un purgatif; mais, craignant de fatiguer le malade et de provoquer de nouveaux vomissements, je prescris un verre d'une limonade magnésienne à 60 grammes à prendre avec de la glace et par petites gorgées.

J'allais me retirer après avoir fait cette ordonnance, lorsque tout d'un coup je fus frappé de la ressemblance que présentait M. X*** avec les ouvriers peintres ou cérusiers atteints de colique saturnine. La constipation rebelle, les douleurs exacerbantes, la diminution de volume du foie, la couleur jaunâtre du teint, la lenteur du pouls, l'arthralgie, tout se trouvait réuni. M. X*** étant à la tête d'une importante maison de distillation, je soupçonnai qu'il pouvait avoir bu, chez ses clients, des liquides frelatés par la litharge; j'examinai ses gencives et constatai, en effet, à la mâchoire inférieure un liséré bleuâtre des mieux caractérisés.

Tout s'expliquait enfin; nous avions affaire à une intoxication saturnine, mais quelle pouvait en être la cause?

M. X***, ainsi que toute sa famille, fut très-étonné de l'importance que j'attachais à ce liséré, et nous nous mîmes à chercher comment il avait pu être empoisonné par le plomb. Il affirma que depuis longtemps, en faisant sa tournée quotidienne pour prendre les commandes chez les cafetiers et marchands de vin, il ne prenait jamais de boisson quelconque, ni vin, ni bière, ni cidre, ni liqueurs. A la noce à laquelle il avait assisté en province, il avait été d'une grande sobriété, et d'ailleurs il était souffrant auparavant. Il ne buvait habituellement, par précaution, que de l'eau de Saint-Galmier; son vin était de bonne qualité et était le même pour toutes les personnes de sa maison; ni sa femme, ni son enfant, ni la bonne n'avaient de liséré saturnin. Il fallait donc trouver une cause d'intoxication qui s'appliquât exclusivement au malade. C'est alors que je songeai aux doses de sous-nitrate de bismuth qu'il avait l'habitude de prendre à ses repas, et l'idée me vint que ce médicament avait pu être falsifié ou mal préparé et devenir ainsi la cause des accidents. Je me fis représenter ce sous-nitrate de bismuth, qui

était dans une petite tasse de porcelaine du Japon, et j'en emportai un petit paquet pour le faire analyser. Je me rendis à la pharmacie où M. X*** prend ses médicaments depuis plusieurs années ; le chef de cette maison, homme instruit et honorable et très-attaché à M. X***, fut très-ému de ce que je venais lui apprendre, et me promit de faire cette analyse. Dans la journée, il m'envoya dire par un de ses élèves qu'en effet, il avait trouvé dans le paquet que je lui avais remis du plomb dont il ne s'expliquait pas la présence. I avait expérimenté comparativement le sous-nitrate de bismuth qu'il avait en ce moment dans son officine, et l'avait trouvé pur ; du reste, il achetait toujours ce médicament en gros dans une des meilleures fabriques de produits chimiques ; il en avait vendu des quantités considérables pendant la période du choléra, sans avoir eu connaissance d'accidents du même genre ; il en avait délivré à mon client 55 grammes en deux fois, le 24 août et le 8 septembre.

Afin que la présence du plomb fût très-positivement constatée, je priai mon client de me remettre ce qui lui restait de son sous-nitrate de bismuth, et je confiai cette analyse à un autre pharmacien, chimiste fort habile. Celui-ci fut assez long à se prononcer ; cependant, après des expériences réitérées et très-minutieuses, il m'affirma de la manière la plus formelle que le sous-nitrate de bismuth que je lui avais apporté contenait du plomb, et qu'il pouvait en estimer approximativement la quantité à un vingtième. Nous avons cherché d'où pouvait provenir ce plomb, et M. X***, interrogeant ses souvenirs, s'est rappelé que, dans les premiers jours de septembre, au moment de partir pour un petit voyage de trois jours, et ayant négligé d'emporter de chez lui sa provision de sous-nitrate de bismuth, il était entré dans une pharmacie d'un quartier éloigné et s'était fait délivrer 6 à 8 grammes de ce médicament. Il avait été servi par un très-jeune garçon qui prit des trochisques dans un bocal et les pulvérisa dans un mortier. M. X***, habitué à recevoir son médicament en poudre, en fit l'observation et demanda si c'était bien du sous-nitrate de bismuth qu'on lui délivrait sous cette forme ; on lui répondit affirmativement. Cependant, il trouva que ce remède n'avait pas le même goût que d'habitude, était plus plat, plus désagréable à prendre ; il eut le lendemain un vomissement, mais n'y attacha pas d'importance et continua à prendre une pincée du médicament matin et soir. A son retour, il eut la malheureuse idée de mélanger ce qu'il n'avait pas consommé en voyage avec sa provision habituelle ; il espérait par là masquer le mauvais goût. C'est ce mélange, dont il usa pendant un mois, matin et soir, qui a été analysé

par deux chimistes et qui renfermait manifestement du plomb. Il y a lieu de soupçonner que les trochisques délivrés dans la pharmacie éloignée étaient composés ou de sous-nitrate de bismuth falsifié par un sel plombique, ou plus probablement de carbonate de plomb seul. Dans cette seconde hypothèse, il y aurait eu une simple erreur de bocal, et, trompé par la couleur, le jeune garçon pharmacien aurait délivré de la céruse, au lieu de sous-nitrate de bismuth. Cette erreur est d'autant plus vraisemblable que, dans cette pharmacie, où M. X*** a eu depuis la curiosité bien naturelle de retourner, la céruse, comme plusieurs autres médicaments, s'y délivre sous forme de trochisques. On s'expliquerait ainsi le goût plat et désagréable que M. X*** avait trouvé à cette substance, les vomissements qu'il éprouva dès le second jour, et enfin la lenteur de l'intoxication, qui dura un mois, après que ce qui restait eut été mélangé à une quantité de sous-nitrate de bismuth relativement très-considérable.

Est-ce à cette lenteur même produite par l'ingestion quotidienne de doses minimes du sel saturnin qu'il faut attribuer l'intensité extraordinaire et le caractère exceptionnellement rebelle des accidents éprouvés par M. X***, dont j'achèverai brièvement l'observation? Peu de malades sont aussi cruellement éprouvés.

Le 15 octobre, immédiatement après avoir dépisté la maladie, nous instituâmes un traitement énergique par les purgatifs : limonade magnésienne à 60 grammes; lavements purgatifs répétés; extrait gommeux d'opium la nuit; bains sulfureux.

Ces moyens, continués plusieurs jours de suite, produisirent un soulagement rapide. Le 21, M. X*** se sentait assez bien pour aller dîner à la campagne; mais, le 24, il était repris de coliques aussi violentes que la première fois, avec vomissements. — Nous revînmes à la limonade magnésienne, qui procurait bien des selles nombreuses, mais peu abondantes; le soulagement fut incomplet.

Le 29, je me décidai à soumettre M. X*** au traitement classique de la Charité. Il prit l'eau de casse avec les grains, mais éprouva une superpurgation, accompagnée le soir de syncopes, faiblesse de la voix, petitesse du pouls, refroidissement des extrémités; en un mot, de tous les signes d'un choléra antimonial. Nous le réchauffâmes à force de sinapismes et de boissons stimulantes, et, bien entendu, je renonçai à continuer un traitement qui avait si mal réussi dès le premier jour.

D'ailleurs, le malade, remis de cette rude secousse, éprouva les jours suivants une amélioration marquée. Mais, le 6 novembre, se déclara une troisième attaque de colique saturnine aussi violente

que les premières. M. le docteur Gendrin, appelé, confirma le diagnostic, et nous instituâmes son traitement, qui consiste dans l'administration de la limonade sulfurique, des purgatifs avec les sulfates alcalins, des bains sulfureux, auxquels furent associées des séances de massage. Ce traitement fut suivi jusqu'au 17; il réussit assez bien, mais M. X*** était toujours faible, pâle, et avait des digestions laborieuses. (Eau d'Orezza, bains sulfureux.)

Le 19 novembre, nous le croyions guéri; il partit pour la campagne. Mais, à peine arrivé, il fut repris, pour la quatrième fois, d'une crise de coliques tout aussi violente, avec crampes d'estomac, vomissements. Le médecin de la localité renouvela les moyens précédents, sauf la limonade sulfurique, qui avait produit une vive irritation d'estomac.

Une fois soulagé, M. X*** revint à Paris le 9 décembre; depuis, il n'a plus eu de crises aussi fortes; mais il est resté sujet à des douleurs de gastralgie très-pénibles; il a le teint toujours très-pâle, est très-amaigri et très-affaibli, et sera longtemps encore à se ressentir des terribles effets de cette intoxication saturnine.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Paralysie de la vessie; bons effets du cathétérisme et du seigle ergoté à hautes doses. Le *Bulletin de Thérapeutique* a déjà publié plusieurs faits qui démontrent bien l'action de l'ergot de seigle sur la contractilité musculaire de la vessie. A ces faits nous ajouterons le suivant, emprunté au docteur Sorbets, d'Aire (Landes) :

Il s'agit d'un vieillard de soixante-douze ans, atteint d'une incontinence d'urine depuis quinze ans, qui, le 4 avril dernier fut pris pour la première fois de rétention d'urine. Appelé auprès de lui, M. Sorbets reconnut facilement la présence de la vessie distendue dans la région hypogastrique. La première indication était de sonder le malade immédiatement ; mais celui-ci s'y refusa, et ce ne fut que le lendemain qu'il consentit à se soumettre à l'opération du cathétérisme, qui, faite facilement, sans sensibilité marquée lors du passage de la sonde, permit de reconnaître l'absence de tout rétrécissement, mais seulement une légère hypertrophie de la prostate à gauche. Pas de phénomènes intermittents à la suite. Pas de calculs dans la vessie. Pendant une semaine, le cathétérisme fut pratiqué deux fois par jour; en même temps, bains de siége et réfrigérants sur le bas-ventre, entre les cuisses. Ces moyens restant inefficaces, notre confrère eut recours au seigle ergoté, administré à la dose de 2 grammes par jour. Il en résulta, sans effets perturbateurs sur les fonctions gastriques, une action excitatrice évidente sur la vessie, mais toutefois insuffisante pour déterminer la miction. Du 12 au 22 avril, le cathétérisme continuant à être pratiqué une ou deux fois par jour, la poudre d'ergot fut portée à la dose quotidienne de 5 et 6 grammes administrée en quatre prises, à vingt minutes d'intervalle, avant et après un bain de siége pris tous les matins, et qui procurait au malade beaucoup de bien-être. A partir du 22 avril, le cathétérisme cessa d'être nécessaire, les

besoins d'uriner s'étant réglés et la fonction s'étant rétablie de la manière la plus satisfaisante; cependant M. Sorbets continua quinze jours encore à donner la poudre d'ergot à la dose de 2 grammes tous les matins. Depuis, la guérison est restée définitive.

Il est clair que ce traitement ne saurait être appliqué à tous les cas de rétention d'urine. Il faut chercher à reconnaître la cause de la paralysie vésicale, afin d'obéir aux indications spéciales, s'il en existe; mais, s'il n'en est pas de nettement formulées, si surtout le défaut de contractilité du réservoir urinaire paraît dépendre uniquement de la distension exagérée des tuniques de cet organe par l'effet d'une accumulation habituelle de l'urine, il y aura lieu de recourir au traitement employé avec tant de succès dans le cas ci-dessus, le cathétérisme journalier et l'emploi de l'ergot de seigle. (*Gaz. des Hôpit.*, n° 18, 1867.)

Colique de plomb occasionnée par l'eau blanche employée en topique. Un homme de cinquante ans avait reçu un coup de pied de cheval dans le mollet gauche; il en résulta un vaste épanchement sanguin. M. le docteur Luton prescrivit l'application de compresses imbibées d'eau blanche avec repos à la chambre. Au bout de huit jours survinrent de violentes coliques avec constipation, et on constatait sur les gencives un liséré ardoise des plus manifestes. M. Luton apprit alors que son malade avait employé en huit jours plus que la valeur d'une demi-bouteille d'extrait de saturne, tandis que l'ordonnance ne comportait que 15 grammes par litre. On pouvait penser que l'absorption s'était faite par le tégument externe; mais, en interrogeant, M. Luton apprit que son malade, qui se pansait lui-même, ne se lavait pas les mains après chaque pansement, qu'il passait ses journées à lire et à écrire, et portait souvent ses doigts à sa bouche, par suite d'une ancienne habitude. C'est de cette façon qu'a été absorbé le composé saturnin, ce qui explique la rapidité avec laquelle s'était produite la colique de plomb.

La guérison survint en quelques jours, grâce à un traitement approprié. (*Annales de la Société médicale de Reims.*)

De l'emploi du silicate de potasse pour la confection des appareils inamovibles. Les lecteurs du *Bulletin* n'ont sans doute pas oublié la communication de M. Michel qui, le premier en France, a signalé la commodité de ces appareils. M. Espagne vient d'insister de nouveau sur leurs avantages. Il insiste sur la rapidité avec laquelle les bandes imbibées de silicate se dessèchent et sur la légèreté de l'appareil. Quoique le silicate pèse plus que la dextrine, comme l'on emploie 68 grammes de ce sel au lieu de 119 de dextrine et 85 grammes de colle d'amidon pour un même bandage, l'avantage de la légèreté reste au verre soluble de Fuchs. De plus, dans l'appareil nouveau, la bande est appliquée à sec, car le badigeonnage au pinceau répand sur l'appareil une quantité suffisante de silicate. Le degré de concentration de la solution employée par l'auteur a été de 38 degrés au pèse-sels.

M. Espagne a suivi un procédé de préparation différant fort peu de celui qui a été employé par Schuch, mais dans lequel le sable blanc est remplacé par un caillou de quartz réduit en sable par une fine pulvérisation. (*Montpellier médical.*)

Bons effets de l'iodure de potassium dans le traitement de l'érysipèle. Un docteur américain, Withers, se basant sur une statistique de trente cas d'érysipèle, prétend qu'au moyen de l'iodure de potassium on peut guérir l'érysipèle dans une période variable de douze à trente-six heures. Il le donne à haute dose 50 centigrammes toutes les deux heures, en surveillant ses effets. Aussitôt que la maladie diminue, on cesse l'usage de l'iodure. Aucune application externe n'est usitée, mais les parties malades sont recouvertes d'un linge mouillé. Nous signalons cette médication sans la garantir. (*British medical Journal.*)

Deux cas de tumeur syphilitique des voies aériennes traités avec succès. Le docteur J. Russell rapporte deux cas qu'il a eu occasion d'observer, et qui sont des exemples remarquables de tumeur syphilitique des voies respiratoires à leur partie supérieure. Mais, dans l'un de ces cas, la maladie siégeait dans le larynx, tandis que dans l'autre elle avait pour siége la trachée,

d'où résultait un contraste intéressant entre les symptômes propres à l'un et à l'autre. Dans tous deux, l'affection interne était accompagnée d'une induration de même nature occupant des parties externes, circonstance qui, outre qu'elle était favorable au diagnostic, offrait cette particularité que, par l'amélioration progressive de la lésion située extérieurement, on pouvait en quelque sorte mesurer les progrès de la guérison de la maladie occupant les parties profondes.

Chez le premier malade, les symptômes ordinaires d'une affection du larynx étaient parfaitement caractéristiques. L'examen laryngoscopique démontrait la présence d'une excroissance exactement limitée au ventricule du côté gauche et faisant une saillie considérable dans la cavité laryngienne. Il y avait en outre une périostose dans la région frontale et une seconde au niveau de la tempe droite. Sous l'influence du traitement, ces deux tumeurs allèrent diminuant de volume d'une manière continue, et, lorsqu'elles eurent disparu, tout symptôme avait également cédé du côté du larynx, dont la cavité était complétement dégagée.

Dans le second cas, il s'agit d'un jeune homme de vingt-six ans, admis à l'hôpital de Birmingham pour une dyspnée qui fut d'abord attribuée à une affection laryngée. Mais au bout de quelque temps, le laryngoscope, auquel on n'avait pas eu d'abord recours, ayant permis de voir que le larynx était exempt de toute altération, M. Russell, induit à un examen plus approfondi, reconnut que l'expansion pulmonaire se faisait avec moins de liberté dans le côté gauche de la poitrine et que le murmure respiratoire y était plus faible qu'à droite, notamment dans la région sous-claviculaire et à la racine du poumon. Il pensa, en conséquence, qu'il existait probablement une tumeur soit de la trachée et s'étendant à la bronche gauche, soit dans le voisinage et rétrécissant ces conduits. Poussant son enquête plus loin, il reconnut la présence de deux tumeurs avec ulcérations profondes à la partie supérieure interne de la cuisse gauche, datant de dix-huit mois, et enfin une cicatrice sur le frein du prépuce, trace d'une infection syphilitique qui remontait à neuf ans. Le malade, pâle, amaigri, cachectique, fut soumis à l'usage du bichlorure de mercure, en même temps qu'à un traitement analeptique tant alimentaire que médicamenteux (fer, huile de foie de morue). L'amendement ne tarda pas à se produire, aussi bien du côté des voies respiratoires que de celui des lésions externes, et le malade put quitter l'hôpital au bout d'un mois, non complétement guéri encore, mais dans un état d'amélioration très-prononcée, ayant d'ailleurs reçu le conseil de continuer la cure au moyen de l'iodure de potassium. (*British med. Journ.*, octobre 1860.)

Brûlure du larynx ; son traitement. La brûlure du larynx, très-rarement bornée à cet organe, comme il est facile de le comprendre, est assez commune en Angleterre, où l'usage de la théière est journalier, mais infiniment plus rare chez nous. Aussi les médecins anglais, ayant souvent occasion de l'observer et d'en combattre les suites, ont-ils été à même de faire sur le traitement de cet accident des observations qu'il est bon de connaître, afin de pouvoir en profiter à l'occasion.

Bien étudiée au point de vue thérapeutique principalement, il y a quelques années (*Dublin quart. Journ.*, février 1860), par M. le docteur Bevan, de Dublin, la brûlure du larynx vient d'être l'objet d'une communication à la Société chirurgicale d'Irlande par M. Croly, dans laquelle ce médecin s'accorde avec son confrère sous le double rapport de la marche de la maladie et des moyens à lui opposer.

M. Bevan et M. Croly divisent les symptômes en trois périodes. Dans la première, la bouche et la gorge sont seules affectées et il n'existe aucun trouble de la respiration ; dans la seconde, il y a obstacle à l'accès de l'air par le fait d'une laryngite, qui a pour conséquence l'œdème de la glotte et un commencement de congestion pulmonaire ; dans la troisième, l'engorgement des poumons et une congestion cérébrale consécutive s'ajoutent aux précédents désordres. Cette division peut se discerner presque toujours ; il arrive parfois que les deux premières se succèdent si rapidement qu'on pourrait les considérer comme simultanées ; mais, dans la majorité des cas, elles sont séparées par un intervalle de plusieurs heures.

Au début, M. Bevan commence le traitement, d'ordinaire, par un vomitif suivi d'un lavement purgatif, puis il fait appliquer quelques sangsues à l'extrémité supérieure du sternum, veillant à proportionner la perte de sang

à la force du petit malade; cette pratique est adoptée également par M. Croly, qui a soin d'insister sur la nécessité d'y recourir seulement au début et dans la première période. Pour nos deux confrères anglais, le moyen principal à employer ensuite consiste dans l'emploi des mercuriaux: onction d'onguent mercuriel sous les aisselles, sur les parois de la poitrine, à la partie interne des cuisses, et surtout calomel à l'intérieur à doses fractionnées. Dès que les garde-robes vertes (ou la salivation) apparaissent, la situation s'améliore sensiblement. Il faut avoir soin d'entretenir une température douce dans la chambre, afin de prévenir les complications thoraciques. L'état de collapsus, s'il survient, doit être combattu par des stimulants et des boissons nutritives, si le malade peut avaler, par des lavements de même nature dans le cas contraire. S'il y a congestion pulmonaire, bronchite, pneumonie, on aura recours aux révulsifs sur les parois du thorax et principalement aux ventouses sèches. La trachéotomie est une ressource qui ne doit être invoquée qu'à l'extrémité: les deux auteurs s'accordent sur ce point d'après les résultats de leur pratique et de celle des autres. M. Bevan cite à ce sujet une statistique empruntée au *Medical Times* (1859), qui est, dit-il, encore plus malheureuse que celle qu'il a pu faire en Irlande, puisque de quatorze cas opérés, trois seulement ont été suivis de succès, tandis que, par le traitement indiqué ci-dessus, la proportion des guérisons a été infiniment plus considérable. (*British med. Journ.*, juin 1866.)

Traitement de l'hémoptysie par les inhalations de perchlorure de fer en solution. Le traitement local des affections morbides des voies respiratoires par l'inhalation de liquides à l'état de vapeur ou de division extrême a pris depuis quelque temps beaucoup d'extension. Parmi les médecins étrangers qui se sont le plus occupés de ce point de thérapeutique, il faut compter le docteur Fieber, de Vienne, qui a fait connaître les résultats de son expérience dans diverses publications et notamment dans plusieurs articles d'un des organes accrédités de la presse médicale allemande (*Wiener med. Wochenschrift*, 1863-1865). Notre confrère s'exprime ainsi relativement à l'hémoptysie : « Si le mode de traitement par les inhalations à l'aide des appareils pulvérisateurs n'avait d'autre mérite que de rendre possible l'application directe des hémostatiques sur les points des voies respiratoires, siége d'hémorrhagie, ou sur les parties les plus voisines, ce mérite serait bien suffisant pour assurer à ce moyen une place honorable en thérapeutique; or, il est certain que l'inhalation de substances styptiques réussit très-bien à arrêter d'une manière prompte et sûre un des symptômes les plus dangereux et, en même temps, les plus effrayants pour les malades atteints de tuberculisation pulmonaire. »

A l'exemple de M. Fieber, le docteur Brondgeest, d'Utrecht, a eu recours à ce procédé d'administration topique des hémostatiques chez trois tuberculeux : un homme de cinquante-sept ans et deux femmes de trente-cinq et vingt-cinq ans, atteints d'hémoptysie rebelle à d'autres moyens, et il l'a fait avec succès. Après avoir essayé le tannin, il s'est arrêté à l'emploi d'une solution de perchlorure de fer (1 partie environ du fer cristallisé pour 100 parties d'eau distillée). Dans aucun de ces cas, M. Brondgeest n'a vu survenir d'aggravation de symptômes; il recommande seulement, pour éviter d'exciter la toux, de ne pas employer une solution trop concentrée et de ne pas placer le patient à une trop courte distance de l'appareil pulvérisateur. Les inhalations sont répétées toutes les heures d'abord, en faisant faire au malade dix, vingt, trente inspirations chaque fois; puis, plus tard, toutes les deux ou trois heures seulement, ou plus rarement encore, suivant les circonstances propres à chaque cas. (*Med. Press and circular*, déc. 1866.)

Traitement de l'invagination intestinale. A propos d'une observation très-remarquable d'invagination intestinale, dans laquelle la guérison survint par l'expulsion d'une anse d'intestin grêle de 40 centimètres, M. Malherbe s'exprime ainsi sur la thérapeutique des invaginations :

« Les purgatifs sont-ils indiqués dans les cas d'invagination ? Oui, quand l'invagination s'est faite de bas en haut; dans le cas contraire, ils sont plutôt nuisibles, leur action tendant à accroître le déplacement déjà existant.

« Les injections forcées de liquide par l'anus ne nous ont pas mieux réussi que les purgatifs, et nous pensons que nous n'aurions pas eu plus de succès par l'insufflation d'une

grande quantité d'air. Ces moyens avaient au moins l'avantage d'être rationnels, vu la direction de l'invagination; ils auraient mérité le même reproche que nous faisions tout à l'heure aux purgatifs, dans le cas d'invagination de bas en haut. Ici se présente la plus grande difficulté de la question : comment se décider, en effet, en l'absence de signes qui permettent de déterminer le sens de l'invagination? A cela nous ne trouvons qu'une seule réponse, c'est que la rareté relativement très-grande des invaginations de bas en haut autorisera, dans le plus grand nombre de cas, à recourir aux injections forcées d'air ou de liquide par l'anus. On ne devra d'ailleurs pas oublier que ces moyens, aussi bien que les purgatifs, quand on croit devoir y recourir, ne peuvent être employés sans danger et avec quelque chance de succès qu'à une époque très-rapprochée du début. On sait, en effet, avec quelle rapidité les surfaces séreuses mises accidentellement en contact contractent parfois des adhérences qui opposeraient, dans le cas présent, un obstacle insurmontable aux moyens mécaniques de désobstruction.

« Enfin, et c'est là le danger le plus sérieux, les points sphacélés de l'intestin peuvent se rompre sous la pression de l'air ou du liquide, et donner ainsi lieu à une péritonite rapidement mortelle. Dans les cas mêmes ou le sphacèle se borne au collier de l'invagination, cet accident pourrait se produire, tant que les adhérences qui doivent réunir le bout supérieur et le bout inférieur de l'intestin n'ont pas acquis un degré de résistance suffisant. » (*Journal de médecine de l'Ouest.*)

Emploi de l'acétate de plomb comme désinfectant. Le docteur David, médecin de l'hôpital de Pontoise, s'est servi avec succès de l'acétate de plomb liquide pour faire disparaître l'odeur parfois si désagréable de la sueur des pieds. Sa méthode consiste à frotter avec la solution les pieds des individus atteints de cette infirmité, en ayant soin de ne pas négliger l'intervalle des orteils, où la sécrétion est plus prononcée. Ce moyen ne supprime pas la sueur, il ne combat que l'odeur; ce n'est qu'un palliatif, et il faut y avoir recours souvent.

De l'usage des astringents dans le catarrhe purulent de l'oreille. Quoique le catarrhe purulent de la cavité tympanique puisse guérir par le simple traitement des douches d'air, le plus souvent il est nécessaire d'avoir recours aux astringents, pourvu qu'on ne les emploie pas dans les cas aigus, ou tant qu'il reste des symptômes d'irritation. C'est ainsi que, dans le cours d'un catarrhe chronique, s'il survient une légère inflammation, les astringents les font souvent augmenter. Dans les cas de catarrhe aigu de la cavité tympanique, on se trouve bien des solutions faibles de zinc et de plomb; il est à remarquer, à ce propos, que les préparations saturnines réussissent mieux quand elles ont été précédées par l'emploi des sels de zinc. Par contre, les solutions concentrées irritent souvent et augmentent le catarrhe; c'est ainsi que les cas aigus se trouvent mal du sesquioxyde de fer, de l'alun et du nitrate d'argent. Dans les catarrhes chroniques, il faut se préoccuper de l'étendue de la perforation du tympan, parce que, quand l'ouverture est grande, on doit éviter les médicaments qui déterminent dans la cavité des précipités, lesquels y adhèrent fortement, comme les préparations saturnines et le perchlorure de fer; dans ces cas-là, il vaut mieux employer la solution de sulfate de zinc ou la poudre d'alun. Quand la perforation est d'un petit diamètre, on se trouve assez bien des solutions de plomb que l'on introduit goutte à goutte dans le conduit auditif. Le perchlorure de fer, le nitrate d'argent et l'alun ont peu d'action sur les otorrhées chroniques, mais réussissent très-bien contre les végétations de la muqueuse de la caisse et du tympan. Les solutions de tannin sont toujours favorables.

Il est de la plus grande importance de ne pas se servir trop longtemps des mêmes préparations; aucune ne doit être employée pendant plus de trois semaines, et, avant de passer à une autre, il convient de laisser le malade se reposer pendant huit à onze jours. Les douches gazeuses mêmes peuvent être nuisibles, que le tympan soit entier ou perforé. Il est aussi utile, si le malade est soumis au traitement par les douches d'air, de laisser reposer le malade pendant quelques jours, au bout de trois semaines, et l'on voit l'ouïe s'améliorer beaucoup plus que si on avait continué le traitement sans interruption. (*Wiener Mediz. Presse*, mars 1866, et *Il Morgagni*.)

VARIÉTÉS.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Il vient de se fonder une Société de Thérapeutique qui a pour but d'étudier successivement les divers agents de la matière médicale usités depuis l'antiquité jusqu'à nos jours. Elle désire surtout susciter de nombreuses expériences sur les animaux, pour qu'on puisse bien apprécier l'action physiologique des médicaments ; puis la clinique viendra en dernier lieu donner son contrôle et montrer la véritable action thérapeutique. Dans cette intention, la Société ne s'est pas composée exclusivement de médecins, mais elle reçoit dans son sein des vétérinaires, des chimistes, et tous ceux qui s'occupent de physiologie expérimentale. Nous en publions les statuts.

C'est une véritable bonne fortune pour ce recueil, qui a été choisi pour être l'organe de la Société de Thérapeutique.

Titre premier.

Constitution de la Société.

Article 1er. — Une Société, qui prend le nom de *Société de Thérapeutique*, est constituée à Paris pour étudier l'action physiologique et médicatrice des agents thérapeutiques.

Art. 2. — La Société se compose de membres titulaires, de membres honoraires et de membres correspondants.

Art. 3. — Pourront faire partie de la Société : les docteurs en médecine, les pharmaciens de 1re classe et les médecins vétérinaires.

Art. 4. — Le nombre des membres titulaires est fixé à soixante, classés de la manière suivante :

45 docteurs en médecine ;

7 médecins vétérinaires ;

8 pharmaciens de 1re classe ou chimistes.

Art. 5. — A dater du jour des présents statuts, toute candidature devra être envoyée à celle des trois sections à laquelle le candidat doit appartenir, et un rapport sera fait à la Société par une Commission composée de trois membres.

Art. 6. — Le vote pour remplir une place vacante n'aura lieu que sur convocation spéciale et alors seulement que deux candidats au moins seront sur les rangs.

Art. 7. — Le vote aura lieu au bulletin secret et à la majorité absolue.

Art. 8. — Les membres correspondants seront nommés suivant les mêmes formalités que les membres titulaires.

Art. 9. — Ne pourront être admis comme honoraires que ceux des membres titulaires qui, après dix ans d'exercice, en feront la demande et obtiendront le consentement de la Société exprimé par un vote.

TITRE DEUXIÈME.

Composition du bureau.

Art. 10. — Le bureau de la Société est ainsi composé :

Un président honoraire, lorsque la Société aura jugé convenable d'accorder cette distinction ;

Un président ;

Un vice-président ;

Un secrétaire général archiviste ;

Deux secrétaires des séances ;

Un trésorier.

Art. 11. — Tous les membres du bureau sont nommés pour un an, et sont rééligibles, à l'exception du président, qui ne pourra être nommé de nouveau qu'après un an.

Art. 12. — L'élection des membres du bureau est faite au scrutin secret et à la majorité absolue.

Art. 13. — Un conseil de famille et un comité de publication, composés chacun de trois membres, seront nommés chaque année en même temps que les membres du bureau.

TITRE TROISIÈME.

Séances et travaux de la Société.

Art. 14. — La Société se réunira en séance deux fois par mois : les premiers et troisièmes vendredis, à trois heures et demie, sauf pendant le mois de septembre.

Art. 15. — Un registre est ouvert au commencement de chaque séance, et signé par les membres présents ; il est fermé à quatre heures.

Tout membre de la Société qui a signé le registre reçoit un jeton de présence.

Art. 16. — Le président et le secrétaire général fixent l'ordre du jour, qui peut être modifié sur la proposition de cinq membres de la Société.

Art. 17. — La Société peut se constituer en comité secret toutes les fois qu'elle le juge convenable.

Art. 18. — Les travaux de la Société ont pour objet :

1° Des expérimentations destinées à faire connaître l'action physiologique des agents thérapeutiques ;

2° Des observations cliniques;

3° Des recherches bibliographiques.

Art. 19. — Tous les mois, la Société indique un ou plusieurs sujets d'expériences physiologiques et d'observations thérapeutiques.

Art. 20. — Une Commission pourra être chargée de faire des expériences dont elle soumettra le plan à la Société.

Art. 21. — Si les auteurs des communications en désirent l'insertion intégrale dans les actes de la Société, ils devront remettre, séance tenante, une note écrite.

Les communications verbales seront simplement reproduites par extrait dans le procès-verbal.

Art. 22. — Les recherches bibliographiques que la Société jugera nécessaires seront partagés par le président entre plusieurs de ses membres, qui devront en rendre compte.

Art. 23. — Le comité de publication est chargé de réunir tous ces différents matériaux, et de les publier, quand il y aura lieu, en indiquant la part que chacun a prise à l'œuvre commune.

Il peut publier également les travaux individuels des membres de la Société, et les comptes rendus des séances.

TITRE QUATRIÈME.

Dépenses et recettes.

Art. 24. — Les dépenses consistent en :

1° Frais de bureau ;

2° Frais de publication ;

3° Frais d'expériences faites par les Commissions nommées par la Société.

Art. 25. — Les recettes se composent :

1° D'une cotisation annuelle de 24 francs, perçue par semestre ;

2° D'une somme de 22 francs également perçue par semestre et destinée au service des jetons de présence ;

3° Des frais de diplôme, fixés à 12 francs.

Art. 26. — Dans le cas où les frais des expériences à faire dépasseraient les fonds disponibles, la Société, consultée par le bureau, décidera, s'il y a lieu, de s'imposer une cotisation supplémentaire.

Art. 27. — Tout membre qui refusera de payer sa cotisation pendant six mois sera rayé de la Société.

Art. 28. — Les élections pour le renouvellement des membres du bureau auront lieu tous les ans à la fin de décembre.

Le bureau pour l'année 1867 est ainsi composé :

Président honoraire, M. Trousseau ;
Président, M. Pidoux ;
Vice-président, M. Guéneau de Mussy ;
Secrétaire général, M. Constantin Paul ;
Secrétaires des séances, MM. Fernet et Adrian ;
Trésorier, M. Delpech ;
Conseil de famille, MM. Gubler, Bouley et Miahle ;
Comité de publication, MM. Bricheteau, Moutard-Martin et Hérard.

Par décret en date du 15 février 1867, rendu sur la proposition du ministre de l'intérieur, ont été nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur, en raison du dévouement dont ils ont fait preuve pendant l'épidémie cholérique qui a sévi dans le département de la Somme :

Au grade de chevalier : MM. Courtillier, médecin du Bureau de bienfaisance d'Amiens ; — Choyau, interne des hôpitaux de Paris, détaché à Amiens.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Du traitement hygiénique et thérapeutique de la goutte [1];

Par M. le docteur DURAND-FARDEL, médecin inspecteur des sources d'Hauterive, à Vichy, vice-président de la Société d'hydrologie médicale de Paris, etc.

La goutte est caractérisée : physiologiquement, par une anomalie de l'oxydation des principes azotés contenus dans le sang; anatomiquement, par la présence en excès de l'acide urique dans le sang, par le dépôt d'urate de soude sur les surfaces articulaires et autour des articulations, et dans quelques autres points de l'économie; pathologiquement, par des fluxions inflammatoires articulaires, occupant surtout les petites articulations, très-particulièrement celles du pied, et tout spécialement celles du gros orteil, fluxions qui se reproduisent à des intervalles plus ou moins rapprochés, et qui, quelles que soient leur intensité et leur durée, ne laissent guère d'autres produits pathologiques que des dépôts d'urate de soude.

Ces caractères reproduisent les phénomènes typiques de l'affection goutteuse, mais ne comprennent pas la cause pathogénique de l'affection, celle qui préside à l'inaptitude du sang à accomplir, suivant les conditions normales, les métamorphoses relatives aux principes azotés qu'il renferme. Cette cause pathogénique n'a pu encore être définie.

Nous savons seulement que cette inaptitude représente un des états constitutionnels qui se transmettent le plus fréquemment par hérédité, et que l'on peut dire que la goutte règne dans certaines familles, comme une endémie dans certaines contrées. On sait également qu'il est un ensemble de conditions hygiéniques, empruntées à tous les éléments de la matière de l'hygiène, sans exception, qui contribue très-puissamment à entretenir la goutte dans les familles et chez les individus, ou bien à la faire naître. Cependant la réunion de semblables conditions n'est pas indispensable; et l'on voit la goutte héréditaire, ou même non héréditaire, c'est-à-dire innée ou acquise, apparaître dans des conditions absolument opposées; mais cette circonstance est relativement rare.

La goutte procède par manifestations répétées, accès de goutte, qui se reproduisent à des époques éloignées ou rapprochées, pen-

[1] Cet article est extrait d'un ouvrage sous presse, intitulé : *Traité pratique des maladies chroniques.*

dant l'intervalle desquels il n'en demeure aucune trace apparente. C'est la goutte aiguë, aiguë par la forme et par l'acuité de ses manifestations.

Ou bien la goutte procède par manifestations continues, ordinairement sujette encore à des exacerbations passagères ; c'est la goutte chronique.

La règle générale est que la goutte ne guérisse pas, c'est-à-dire qu'une fois déterminée, l'anomalie qui la caractérise continuc de régner à des degrés divers jusqu'à la fin de la vie. Cependant il peut arriver par exception que des manifestations goutteuses se montrent isolément et comme accidentellement dans le cours de l'existence. Il arrive encore, mais moins rarement, que la goutte s'amoindrisse ou disparaisse vers l'époque d'involution. Il ne faut pas confondre ces cas particuliers avec ceux où les manifestations goutteuses n'ont fait que changer de siége anatomique et de forme pathologique.

Mais la tendance naturelle de la goutte est de passer de l'état aigu à l'état chronique, et d'amener progressivement une cachexie particulière.

Les déterminations régulières ou normales de la goutte ont leur siége exclusif dans les jointures ou autour d'elles. Mais elles peuvent également avoir lieu vers d'autres appareils ou tissus organiques ; elles sont alors irrégulières ou anomales.

En outre, la goutte en puissance occupant une grande partie de l'existence, peut être traversée par un grand nombre d'actes pathologiques de toutes sortes, dont les relations avec l'état diathésique lui-même sont plus ou moins faciles à saisir. Ce sont les accidents de la goutte.

Le pronostic de la goutte dépend sans doute de l'intensité de l'affection diathésique ; mais il est également et surtout relatif au caractère régulier ou irrégulier que présentent ses manifestations directes.

I. — INDICATIONS.

Les indications dans le traitement de la goutte se rapportent aux trois points qui suivent :

A. La diathèse goutteuse elle-même et l'idée que nous pouvons nous faire de sa nature.

B. Les conditions générales de l'organisme.

C. Les manifestations goutteuses elles-mêmes et les accidents de la goutte.

Ce triple point de vue doit être constamment présent à l'esprit,

lorsqu'il s'agit d'établir les indications qui doivent présider à toute intervention thérapeutique chez un goutteux.

A. Je résumerai, sous la forme qui me paraît la mieux appropriée au sujet spécial de cet article, les notions que nous possédons touchant la pathogénie de la goutte et l'interprétation qu'il est permis d'en donner.

Il est certain qu'un individu chez qui les fonctions digestive, cutanée et urinaire s'exercent normalement et avec un certain degré d'activité, offre les conditions les plus favorables pour se trouver à l'abri des atteintes de la goutte. Or, ces fonctions sont précisément les plus directement afférentes à la manière dont s'accomplissent dans nos tissus les phénomènes intimes de l'assimilation et les transformations organiques qui s'y rattachent. Cette première remarque se trouve parfaitement en rapport avec cette idée : que la goutte consiste spécialement dans une anomalie de l'assimilation, d'où résulte un départ anomal des principes azotés, et une direction vicieuse de ces mêmes principes destinés à être éliminés.

La physiologie nous apprend que l'oxygène introduit dans le sang par l'acte de la respiration est nécessaire à l'accomplissement de l'assimilation, d'une part, de l'élimination, d'une autre part, des divers éléments apportés à nos tissus, et en particulier de l'un des plus considérables d'entre eux, l'azote.

Il est permis de faire jouer, dans l'analyse intime de ces phénomènes, tel rôle que l'on voudra à la prédominance des principes azotés introduits, par exemple, eu égard à la proportion d'oxygène abordant nos tissus, ou bien à l'insuffisance de l'oxygène eu égard à la proportion des principes azotés introduits; ce qui revient au même et peut se traduire ainsi : introduction d'une alimentation azotée excessive, alors que l'activité de la respiration et l'exercice, qui en est un des principaux régulateurs, n'atteint pas le degré nécessaire pour introduire une proportion d'oxygène équivalente; ou bien activité insuffisante de la respiration, de l'exercice, et insuffisance de l'oxygénation du sang, eu égard à la proportion d'azote introduite par les aliments.

Maintenant, c'est aux dépens des combinaisons azotées de nos tissus que s'exerce l'anomalie de l'assimilation qui paraît constituer le fond *organique* de l'affection goutteuse [1]. Il se comprend

---

[1] Il résulte des recherches fort remarquables de Garrod (*Gout and reumatic Gout*, London, 1859) que. dans toute détermination articulaire de la goutte

qu'en diminuant l'introduction des aliments azotés, on amoindrisse ou l'on retarde la marche de ces phénomènes de nutrition vicieuse, et par suite de leurs manifestations. C'est ainsi qu'une diététique tempérante modère une disposition inflammatoire, sans en prévenir absolument les manifestations. C'est ainsi que, dans le diabète, en cessant de fournir à l'économie du sucre, on amoindrit les manifestations de la maladie. Mais vous aurez beau refuser l'azote à l'économie, vous n'en détruirez pas pour cela la diathèse goutteuse, pas plus qu'en lui refusant le sucre vous ne détruisez la diathèse glycosurique. Et de même que, si cette dernière a un certain degré d'intensité, bien que vous soumettiez vos malades à la diète animale exclusive, ils ne cessent pas pour cela de montrer du sucre; de même quand la diathèse goutteuse existe à un certain degré, c'est en vain que vous amoindrirez indéfiniment l'introduction de l'azote, que vous pousserez à l'oxygénation du sang, les malades n'en auront pas moins la goutte alors. Et ces gouttes sont les plus cruelles souvent et les plus fécondes en produits, par cela même que la maladie ne trouve rien à emprunter en dehors de l'activité même de l'organisme anormalement et vicieusement dirigée.

Je n'ignore pas tout ce que ces formules de chimie physiologique offrent d'insuffisant au point de vue pathologique. Il faut bien admettre qu'elles ne touchent qu'à un côté de la question; mais, il faut bien le redire aussi, c'est le seul côté que nous ayons encore pu saisir et formuler nous-même. Et nous devons croire que c'est un côté vrai, tout incomplet qu'il puisse être; car ici la donnée de la physiologie pathologique est en complet accord avec les données de la physiologie pure, et, ce qui nous importe surtout en ce moment, en accord avec les données de l'observation clinique et de l'expérience thérapeutique. Si l'on veut bien prendre, en effet, les notions que je viens d'exposer pour guide de la médication que l'on doit suivre dans le traitement de la goutte, on peut être assuré de se tenir dans la seule voie qui permette d'atténuer, dans la limite du possible, et la diathèse goutteuse elle-même, et ses pénibles et souvent redoutables manifestations.

---

aiguë ou chronique, il se fait sur les surfaces articulaires, ou autour des articulations, un dépôt d'*urate de soude*, soit, dans la goutte aiguë, sous forme de couche superficielle et cristalline, soit, dans la goutte chronique, sous forme de tophus et d'incrustations.

Les recherches faites par M. Charcot, à la Salpêtrière, ont fourni à cet observateur distingué des résultats confirmatifs de ceux exposés par le pathologiste anglais.

Un des premiers résultats de l'analyse pathogénique de la diathèse goutteuse est de nous apprendre que le traitement curatif de celle-ci ne saurait guère être qu'un traitement hygiénique.

En effet, l'hygiène nous fournit les moyens d'activer les phénomènes d'assimilation qui s'accomplissent dans le sein de nos tissus et d'en corriger les anomalies dans une certaine mesure. Mais la matière médicale est complétement dépourvue sur ce sujet; ou, du moins, elle ne nous fournit que des adjuvants aux prescriptions hygiéniques qu'il nous sera permis de formuler. Il semble cependant qu'il y ait quelques restrictions à faire à ce sujet à propos des eaux minérales appropriées, de celles de Vichy en particulier, qui représentent en réalité la seule médication que l'on puisse adresser, dans un sens directement curatif, au traitement de la goutte. Voici comment je me suis exprimé à ce sujet dans une précédente publication :

Après avoir reconnu l'importance, soit au point de vue préservatif, soit au point de vue curatif de la goutte, de maintenir l'intégrité des fonctions digestive, cutanée et urinaire, nous devons reconnaître également qu'un des effets les plus manifestes du traitement thermal de Vichy, convenablement dirigé et approprié au sujet, est de régulariser les fonctions digestive, cutanée et urinaire, et de leur imprimer une activité particulière, et admettre, par conséquent, que les eaux de Vichy tendent à maintenir l'intégrité des phénomènes intimes de la nutrition. Nous pouvons en induire encore que les eaux de Vichy tendent à préserver de la goutte ou à corriger la diathèse goutteuse, en maintenant l'intégrité de la nutrition, ou en rétablissant celle-ci troublée. Et comme ce sont les phénomènes de nutrition vicieuse qui précèdent les manifestations goutteuses, nous avons raison de dire que les eaux de Vichy agissent réellement sur la diathèse goutteuse, sur le fond de la maladie, tandis que si, au lieu de s'attaquer à cette période initiale, elles ne s'adressaient qu'à la période terminale et aux produits chimiques qui apparaissent, alors elles ne constitueraient qu'un moyen palliatif à peine et tout à fait accessoire.

Nous devons remarquer encore une chose, c'est que nous trouvons ici, comme dans certaines dyspepsies, comme dans certains états chloro-anémiques, que le traitement thermal de Vichy paraît agir exactement à la manière des conditions hygiéniques salutaires auxquelles on peut attribuer la valeur de moyens thérapeutiques, en les faisant succéder à des conditions opposées ; ainsi, le séjour

et surtout les occupations de la campagne, la chasse, les voyages; enfin, l'exercice, dans le sens hygiénique de ce mot (1).

La médication thermale fait-elle quelque chose de plus? Intervient-elle plus immédiatement dans ces phénomènes de nutrition pervertie, qui, de physiologiques, sont devenus pathologiques? Il ne me paraît guère permis d'en douter; mais ce n'est pas ici le lieu de s'arrêter sur ce sujet, dont la solution n'est pas indispensable aux applications pratiques que j'ai à faire connaître.

Cependant, la considération des *produits* de la goutte et de leur constitution chimique a conduit à l'idée d'opposer à la diathèse goutteuse des agents propres à neutraliser ces produits, dans la pensée d'atteindre ainsi la diathèse et ses manifestations dans leur élément le plus immédiat, le principe chimique qui vient se révéler dans les dépôts goutteux, l'urate sodique, et dont de récentes observations nous autorisent à admettre la séparation et la présence effective dans toutes les déterminations articulaires de la goutte. C'est là la médecine chimique de la goutte, un des produits elle-même de l'iatrochimie qui a si longtemps dominé la pathologie et la thérapeutique, et qui a laissé encore quelques représentants parmi nous.

C'est ainsi que Petit, après avoir constaté qu'il y a chez les goutteux surabondance d'acide urique, et d'abord de cet acide sur diverses parties du corps, lorsque la sécrétion urinaire devient insuffisante pour l'éliminer, déclare que pour combattre la diathèse goutteuse et atténuer, sinon guérir la goutte, en même temps que les goutteux doivent être soumis à un régime qui favorise le moins possible la production de l'acide urique, l'usage des *boissons alcalines* est le moyen le plus rationnel à employer pour *neutraliser cet acide*, ainsi que quelques autres, notamment les acides sulfurique et phosphorique, qui se forment alors en excès dans l'économie (2).

Le docteur Duckle commente ainsi le mode d'action du phosphate d'ammoniaque. A la période de déclin d'une attaque de goutte ou de rhumatisme aigu, les urines contiennent un excès d'acide urique; de plus, ces affections laissent dans les tissus des dépôts de sels de soude et de chaux. N'est-il pas possible que, durant l'existence de la maladie, l'acide urique forme dans le sang, avec

(1) Durand-Fardel, *De la goutte sous le rapport de sa pathogénie et de son traitement par les eaux de Vichy*, lu à la Société de médecine du département de la Seine, in *Gazette hebdomadaire*, 1855, p. 508.

(2) Petit, *Du mode d'action des eaux minérales de Vichy*, 1850, p. 330.

la soude et la chaux, un composé insoluble et non susceptible d'élimination par les urines et la peau ? Il s'agissait donc de trouver une substance capable de transformer ces sels insolubles en deux sels solubles ; on préviendrait ainsi la fièvre et tous les autres accidents qu'entraîne la présence dans l'économie de matières hétérogènes non éliminables. Or, le phosphate d'ammoniaque peut former avec les urates insolubles deux sels : phosphate et urate d'ammoniaque, également solubles [1].

Les liqueurs alcalines, dit M. Turk, appliquées sur la peau en lotions ou en bains, sont portées dans le torrent de la circulation par les vaisseaux lymphatiques et par les veines ; là, elles diminuent la proportion des acides du sang, et rendent à ce liquide une partie de sa fluidité, ce qui remédie jusqu'à un certain point aux premiers effets produits par les causes de la goutte [2].

Enfin, plus récemment encore, le docteur Socquet et M. Bonjean ont recommandé un traitement diététique ou chimique de la goutte, qui consiste : 1° à décomposer l'acide urique par l'emploi du *silicate de soude ;* 2° à transformer ce dernier en acide hippurique, dont les combinaisons sont très-solubles, à l'aide du *benzoate de soude ;* 3° à éliminer la proportion d'acide urique qui pourrait rester, à l'aide du *colchique* [3].

Il n'est point nécessaire de faire encore remarquer qu'un traitement dont l'indication serait uniquement basée sur la considération des modifications chimiques saisissables dans le sang lui-même, comme sur la considération des produits matériels de la goutte, serait tout au plus un traitement symptomatique et palliatif, et qu'il faudrait en quelque sorte en perpétuer l'action pour n'arriver encore qu'à une correction artificielle de conditions qui ne sont que l'expression de la maladie, bien loin d'en être la cause.

Il était utile de s'arrêter un peu sur ce sujet et d'analyser avec quelque soin les indications du traitement de la goutte ; ce traitement ayant été, entre tous les autres, livré jusqu'ici à l'empirisme le plus aveugle.

---

(1) Duckle, *De l'emploi du phosphate d'ammoniaque comme nouveau remède contre la goutte et le rhumatisme,* in *American Journal of medical science.* (Extrait de la *Gazette médicale de Paris,* 1848, p. 150.)

(2) Turk, *Traité de la goutte et des maladies goutteuses,* 1837, p. 402.

(3) Socquet et Bonjean, *Mémoire pratique sur l'emploi du silicate et du benzoate de soude, unis aux préparations d'aconit et de colchique, dans le traitement de la goutte, de la gravelle, du rhumatisme chronique, etc.,* in *Gazette médicale de Paris,* 1856, p. 575.

B. Il faut se garder de se représenter la constitution des goutteux comme attachée à un type toujours semblable à lui-même, et comme réclamant un ensemble d'indications de même caractère. C'est peut-être là un des sujets à propos desquels l'hygiène et la thérapeutique des goutteux sont exposées à recevoir le plus souvent une direction vicieuse ou hasardée.

La constitution originelle et individuelle sera donc prise en grande considération, suivant qu'elle n'offrira aucun caractère dominant, ou bien qu'elle laissera prédominer un état pléthorique, ou une disposition fluxionnaire, ou un état névropathique et irritable, ou un état d'atonie avec tendance anémique plus ou moins prononcée.

On n'oubliera pas surtout que la constitution des goutteux subit, par le fait même de l'affection diathésique, des transformations profondes, auxquelles les habitudes hygiéniques et les interventions thérapeutiques doivent se conformer soigneusement.

Lorsque la goutte chronique vient à succéder à la goutte aiguë la plus franche et la plus active, on peut dire que, généralement au moins, on a affaire à un sujet nouveau. En effet, la constitution tend sans cesse alors à s'affaiblir, à s'entacher d'anémie, et marche graduellement vers un état cachectique, qui est le dernier terme de l'affection.

C. Les indications relatives aux manifestations goutteuses sont certainement celles qu'il importe le plus de préciser avec rigueur; car ici la moindre faute peut entraîner les plus graves conséquences et pour la marche de la maladie et pour l'existence même du malade. Je parlerai d'abord des indications relatives aux déterminations régulières et articulaires de la goutte aiguë simple, ou entée sur la goutte chronique, et ensuite des indications relatives aux accidents de la goutte.

La goutte, envisagée dans sa marche normale, est une maladie à manifestations fluxionnaires et douloureuses nécessaires. On peut, avec Sydenham, comparer, sous ce rapport, un accès de goutte à une fièvre éruptive. Plus la détermination morbide est franche, développée, inflammatoire, plus le pronostic sera favorable.

Dans les deux cas cependant, elle peut dépasser les limites nécessaires et atteindre un degré d'intensité qui ne sera pas dépourvu d'inconvénients et même de dangers. Il faut alors s'attacher à en tempérer l'expression.

Mais bien autre est le danger si la détermination régulière n'offre qu'une évolution imparfaite, ou si son évolution vient à être trou-

blée ou enrayée par une circonstance quelconque ; alors, un autre état morbide vient prendre la place de celui dont la marche naturelle s'est trouvée interrompue, et toujours plus redoutable, ou violent, ou insidieux, à effets immédiats ou à conséquences tardives. Ceci concerne la marche et le pronostic de la goutte aiguë. Mais ce qui concerne essentiellement l'indication, c'est le rôle du médecin, qui doit repousser à tout prix tout ce qui pourrait être de nature à entraver la libre expansion de la fluxion goutteuse et s'attacher à l'aider ou à l'activer, lorsque la force de l'organisme ou quelque circonstance étrangère paraîtra mettre obstacle à son développement spontané.

Il ne faut pas seulement que la fluxion goutteuse ait son libre cours; il importe que la douleur se développe avec une égale liberté, dans une proportion relative, bien entendu, à l'intensité de l'affection. Ceci ne s'applique pas seulement à l'accès de goutte en pleine activité, mais aux périodes qui le précèdent ou qui le suivent.

L'intervention de toute action perturbatrice à une époque rapprochée d'une manifestation goutteuse future est nuisible. Or, la périodicité relative que présentent en général les accès de goutte, les rapports qu'ils affectent avec les époques de l'année, les changements de saison, permettent souvent d'en prévoir approximativement le retour. Il est également nécessaire qu'un accès de goutte ait accompli son évolution complète, c'est-à-dire ait abouti à une résolution parfaite, pour que les conséquences d'une action perturbatrice quelconque cessent d'être à craindre; or, les accès se succèdent quelquefois à de courts intervalles avant d'avoir épuisé leur activité.

Tels sont les principes qui doivent présider d'une manière absolue à la conduite du médecin vis-à-vis des manifestations régulières de la goutte. S'ils peuvent être enfreints quelquefois impunément, ce n'est jamais sans des risques sérieux, auxquels il ne saurait être excusable de s'exposer.

Cependant, comme je l'ai indiqué tout à l'heure, lorsque les manifestations de la goutte atteignent un degré extrême, ou qu'elles se prolongent d'une manière excessive, il peut être permis d'essayer de les tempérer ou de les abréger. Il y a là une affaire de tact et d'expérience qui ne se prête à aucune formule et qui réclame toujours beaucoup de circonspection et de prudence.

Les accidents de la goutte demandent à être traités par les moyens appropriés à la nature de chacun d'eux. Je parle surtout ici des

accidents rapides qui peuvent se trouver en rapport avec les manifestations aiguës de la goutte. L'existence de l'affection goutteuse n'est de nature à modifier en rien le traitement des complications qui, à des titres divers, viennent troubler l'évolution des manifestations goutteuses régulières.

Sans doute, que l'amoindrissement ou la disparition de la fluxion goutteuse normale soit primitif ou consécutif, il est toujours une indication d'urgence : c'est de chercher, par les moyens appropriés, à l'activer ou à la rappeler à son siége d'élection ; mais les ressources que nous possédons pour y satisfaire sont très-bornées et trop souvent stériles. Il n'en est que plus nécessaire d'opposer aux accidents intervenus une médication énergique, en rapport avec leur caractère fluxionnaire ou névropathique.

Il convenait d'insister sur ce sujet, parce qu'il est encore des médecins qui hésitent à employer les émissions sanguines et les narcotiques, selon qu'ils sont indiqués, dans la crainte d'apporter à l'élément goutteux, qui leur paraît dominer la scène, une perturbation dangereuse. De pareilles préoccupations sont purement théoriques, et le caractère goutteux de ces états pathologiques ne fait que commander une énergie toute particulière dans l'emploi des moyens qui se trouvent indiqués.

(La suite au prochain numéro.)

Doit-on chercher à guérir les affections utérines compliquant la phthisie ?

Par M. le docteur A. MALET (de Rio de Janeiro).

Il est un point de thérapeutique d'une grande importance qu'ont passé sous silence ou à peine effleuré la plupart des auteurs qui se sont occupés du traitement de la tuberculose.

Est-il opportun de soigner et chercher à guérir les affections utérines compliquant la phthisie, ou doit-on les respecter ?

Quelques praticiens, et des plus compétents, se prononcent pour l'affirmative ; d'autres, non moins autorisés, pour la négative. Ainsi, MM. Henry Bennet, Battye, et plus récemment encore MM. Hérard et Cornil, regardent comme fort nécessaire, comme indispensable même de soigner et guérir les affections utérines, si l'on veut avoir quelque chance de guérir la maladie pulmonaire. Lisfran et Aran, au contraire, dans leurs leçons cliniques sur les maladies de l'utérus, et plus nouvellement encore M. le professeur Courty dans son *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*, estiment qu'un élément

commun préside aux différentes maladies de cet organe, à savoir : l'engorgement ou congestion chronique; que cet engorgement ne peut, chez les phthisiques, disparaître sous l'influence du traitement qu'au détriment des poumons; que les affections utérines, ulcérations, catarrhes, opèrent une révulsion qui exerce une influence favorable contre la tuberculisation pulmonaire, d'où le précepte de respecter les maladies de l'utérus chez les phthisiques.

Voilà des opinions nettement formulées et diamétralement opposées. L'embarras du praticien se comprendra, lorsqu'il devra, dans la pratique, se résoudre à suivre le chemin tracé par les uns ou par les autres. Ne trouverons-nous pas un terme moyen ? La question d'antagonisme des deux affections qui nous occupent est un sujet d'étude fort intéressant sans doute, mais je croirai volontiers qu'on en a exagéré la portée.

Pour moi, on ne peut, en thérapeutique surtout, être généralement vrai, on ne peut posera ucune loi généralement absolue, et si l'on émet un principe, il doit toujours être suivi de la formule sacramentelle : Je distingue.

Certes, dans le *Traité des maladies de l'utérus et de ses annexes* de M. le professeur Courty, le traitement des maladies utérines en général est une partie admirable. Connaissances anatomiques profondes, clarté, justesse dans les démonstrations et les raisonnements, style agréable, tout enfin se réunit pour en faire une œuvre admirablement conçue, parfaitement exposée et du plus haut mérite. Cependant, je ne saurais partager la manière de voir de M. Courty, quand, s'appuyant sur Lisfranc et Aran, il affirme qu'on doit respecter la leucorrhée chez les phthisiques. Le raisonnement qui sert de base à ce précepte est spécieux et ne manque pas d'analogie, mais je crois qu'on a beaucoup exagéré les influences des affections viscérales sur la marche de la phthisie.

Je ne nierai pas que la grossesse, par exemple, ne paraisse exercer quelquefois une heureuse influence sur la marche de la phthisie pulmonaire. Je l'ai vu, mais que de fois ne voit-on pas cette maladie suivre sa marche sans que la grossesse ait pu l'influencer en rien ! Je ne dirai pas que, dans les cas où la phthisie a paru enrayée pendant la gestation, la fluxion utérine n'y ait été pour rien. Non, mais dans les cas, peu nombreux, cela est vrai, qu'il m'a été donné d'observer, j'ai remarqué que l'arrêt de la maladie pulmonaire coïncidait avec un gonflement assez considérable des mamelles s'accompagnant de douleurs, de picotements, quelquefois de fièvre et même de l'engorgement des ganglions axillaires, de sorte qu'il ne

me paraît pas irrationnel de penser que la fluxion mammaire continue et prolongée ait, dans ces cas-là, exercé une véritable révulsion qui, par son siége *loco dolenti*, pour ainsi dire, a été plus utile pour les malades que la fluxion utérine. Je ne prétends pas, cependant, que cela se passe ainsi dans tous les cas, mais nous ne pouvons pas comparer la congestion utérine qui accompagne la grossesse, acte naturel par excellence, avec les congestions sous l'influence morbifique.

Je reviens à la leucorrhée des phthisiques. Supposons un instant que le flux leucorrhéique apparaisse chez un sujet prédisposé à la phthisie, soit par hérédité, soit par sa conformation, mais qui ne présente encore aucun des symptômes de la maladie confirmée. Que pourra-t-il en advenir ? M. Courty va nous le dire, p. 606 : « La leucorrhée aiguë, surtout la leucorrhée catarrhale aiguë, peut guérir spontanément comme le catarrhe aigu de tout autre organe ; il ne faut pas pour cela l'abandonner à sa marche naturelle et négliger de la traiter, car elle a souvent de la tendance, et dans tous les cas, une grande facilité à passer à l'état chronique ; or, la leucorrhée à l'état chronique est une des maladies les plus rebelles, comme le catarrhe vésical, le catarrhe bronchique, comme la diarrhée, comme enfin presque tous les autres flux chroniques. Elle produit peu à peu des troubles digestifs, l'appauvrissement du sang, le dépérissement des malades. Ces tristes résultats ne tardent pas à se manifester par un état de langueur, par la pâleur du visage et par cette altération des traits et du teint dont l'ensemble est désigné sous le nom de *facies utérin*. Il faut donc que le médecin comprenne et fasse comprendre à sa malade l'urgence d'un traitement persévérant et prolongé. »

Puisque tels sont les effets de la leucorrhée, il est évident que, dans le cas où nous nous plaçons, elle ouvrira grandement la porte aux accidents pulmonaires et leur préparera le terrain, terrain désormais facile et sur lequel la phthisie se développera sans rencontrer de barrières.

Il faudra donc, en pareille occurrence, traiter rapidement la leucorrhée, la guérir. M. Courty lui-même sera de notre avis, car elle agirait, malgré l'engorgement utérin, comme cause prédisposante de la phthisie, en affaiblissant l'organisme.

En serait-il autrement si la leucorrhée apparaissait dans le cours d'une phthisie en évolution ? Je ne le pense pas.

Si, durant la marche de l'affection pulmonaire, nous voyons survenir une leucorrhée catarrhale aiguë, il est rationnel de supposer

que la fluxion utérine qui l'accompagne pourra exercer un instant une révulsion favorable; mais il est de fait que, chez les malheureux phthisiques, cette affection apparaît chronique d'emblée dans la majorité des cas. Et s'il est nécessaire de traiter et guérir cette affection en tant que cause prédisposante, il est de la dernière évidence que nous devons essayer de guérir la leucorrhée en tant que cause adjuvante et grave complication d'un état dont le principal caractère est le dépérissement du malade. Du reste, les onze observations parfaitement détaillées dont M. Battye a fait part à la Société de Londres démontrent parfaitement que chaque fois qu'il y a eu amendement des symptômes utérins, il y a eu aussi amendement des symptômes thoraciques; ce qui est d'autant plus rationnel, que la phtbisie et les affections utérines réclament à peu près le même traitement. M. Courty le dit lui-même implicitement dans un passage que j'aurai le plaisir de citer tout à l'heure.

Il est évident que souvent nous avons besoin, dans le traitement de la tuberculose, de recourir à la révulsion sur les membres ou les organes abdominaux dans le but de modérer la marche des accidents. Mais, dans ce cas, pourquoi abandonnerions-nous à elle-même ou laisserions-nous subsister en la modérant seulement une affection dont le retentissement sur l'économie entière est des plus fâcheux et concourt au dépérissement des malades, quand nous avons sous la main tous les médicaments dérivatifs, et tout un arsenal de révulsion : la teinture d'iode, les vésicatoires, cautères, moxas, sétons, la résine de thapsia, etc., etc.? pourquoi, dis-je, n'aurions-nous pas recours à la médication révulsive dont MM. Bouvier, Bouley, Bouillaud, etc., etc., ont si bien prouvé la véritable efficacité dans le traitement des affections thoraciques? On se souvient encore de la brillante discussion qui a eu lieu à ce sujet en 1855 à l'Académie de médecine. Pourquoi, dis-je, ne préférerions-nous pas avoir recours aux vésicatoires, aux cautères, pouvant opérer une révulsion suffisante et suffisamment soutenue que laisser subsister la leucorrhée, qui peut amener avec elle, ainsi que le dit M. Courty, p. 605, « la gastralgie, la dyspepsie, les altérations de nutrition et d'innervation, la chlorose, l'anémie, et, par suite, le dépérissement général de l'économie, » dont nous sommes si jaloux de préserver nos phthisiques? Je passe sous silence d'autres accidents possibles consécutifs à la leucorrhée, comme l'ulcération du col, l'induration et l'hypertrophie de l'utérus, l'exulcération du vagin, etc., etc. Il est permis de croire que l'influence de l'autorité de Lisfranc et d'Aran n'aura pas été étrangère à la conviction de

M. Courty, que je citerai encore, p. 161 : « Quant à leur nature, les maladies utérines sont rarement réactives, elles rentrent dans la classe des maladies effectives, c'est-à-dire qu'elles dépendent souvent d'un état général... Or, toutes les diathèses peuvent, en quelque sorte, se localiser sur l'utérus..... »

Page 169 : « Que dire du retentissement sympathique des maladies utérines sur le système nerveux et l'appareil digestif, sinon que les altérations de fonctions qui en résultent sont encore des motifs d'indication ? Mais remarquons en même temps que la plupart des indications qui naissent de ces désordres des grandes fonctions et de l'état général sont déjà remplies par les moyens que l'on doit employer pour satisfaire aux indications majeures de combattre l'asthénie, de relever le ton de l'économie, de calmer la douleur, de régulariser l'innervation, de combattre la dyspepsie, de faciliter dans toutes ses parties le jeu de l'appareil digestif, d'enrichir le sang appauvri, d'activer la nutrition, en un mot, de restaurer la nutrition tout entière. »

Page 217 : « Les toxiques et les reconstituants sont, au contraire, essentiellement indiqués dans la très-grande majorité des cas. » Puis il conseille « le régime comme le meilleur tonique. » L'abstinence de farineux, l'usage longtemps continué des viandes rôties unies à quelques légumes verts, les frictions, l'exercice, activer la digestion pour obtenir du régime tout ce qu'il peut donner comme reconstituant. Si on ne peut activer les digestions par le séjour à la campagne ou aux bords de la mer, par l'action des eaux minérales alcalines, on doit recourir aux différents médicaments antidyspeptiques, etc., etc. »

M. Courty ne vient-il pas, dans ces passages, de formuler exactement, pour le traitement des affections utérines, les mêmes indications que nous aurons à remplir dans le traitement de la phthisie pulmonaire, pourrions-nous les spécifier mieux que cela ? Evidemment non. Eh bien, je le demanderai, ne serait-il pas rationnel de combattre conjointement deux maladies, quand pour cela nous aurons à remplir les mêmes indications, et je dirai même à employer les mêmes modificateurs, tant hygiéniques que médicamenteux ?

Je me suis toujours bien trouvé, dans la pratique, de combattre à la fois les deux affections utérine et pulmonaire, et je pense que c'est là conduite la plus sage que le médecin puisse tenir. Je me range donc à l'avis de MM. Bennet, Battye, Hérard, Cornil, etc., etc., et je dis avec eux qu'il est nécessaire de soigner et chercher à guérir les affections utérines chez les phthisiques, qu'elles soient posté-

rieures ou antérieures au développement de l'affection pulmonaire.

Cependant, chez une phthisique, je m'abstiendrai de tout *traitement local* de la leucorrhée, si le flux leucorrhéique ne se montre qu'aux époques menstruelles, ou si ce flux, bien que continu, est insignifiant aux époques intermenstruelles et devient plus abondant avec ces époques. Non pas que je suppose, avec M. Tyler Smith, que la leucorrhée puisse jamais suppléer à la sécrétion menstruelle, mais tout simplement parce que je verrai, dans le cas dont je parle, un indice que la fluxion mensuelle, bien qu'insuffisante pour arriver à l'hémorrhagie, se produit néanmoins périodiquement, et que, le traitement aidant, il y aura grande chance de voir se rétablir les menstrues et disparaître l'aménorrhée.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De l'appareil qu'il convient d'employer après la ténotomie dans le traitement du pied bot;

Par M. P. Tillaux, chirurgien de l'hospice de Bicêtre.

Le pied bot, qu'il soit congénital ou accidentel, constitue une difformité assez grave pour que le chirurgien doive tenter de le guérir par tous les moyens qui sont en son pouvoir.

Pendant une longue suite de siècles, la thérapeutique du pied bot a été bien impuissante. L'usage de la main, l'emploi des appareils, conseillés dès la plus haute antiquité, ne pouvaient tout au plus que guérir des difformités très-peu prononcées, et encore fallait-il continuer longtemps l'application de ces moyens. Quant aux pieds bots complets, inutile de dire qu'on ne parvenait jamais à les guérir.

Delpech a donc rendu un grand service à la science en pratiquant le premier la section du tendon d'Achille; la ténotomie est sans nul doute une des plus belles conquêtes de la chirurgie moderne. Quelques hommes lui ont donné de trop larges applications, en ont abusé; mais aujourd'hui, grâce aux travaux de Stromeyer, de M. Guérin et surtout de M. Bouvier, nous commençons à savoir ce que peut la ténotomie, et nous ne lui demandons que ce qu'elle peut donner.

Je ne me propose pas dans cet article de faire l'histoire du traitement des pieds bots, ni celle de la ténotomie; je veux seulement

parler d'un point relatif à cette grande question : de l'appareil qu'il convient d'employer après la section du tendon d'Achille.

Disons d'abord en quelques mots ce qui se passe au moment de la section du tendon et les phénomènes qui la suivent ; la ténotomie étant pratiquée, bien entendu, dans de bonnes conditions.

Aussitôt que le tendon est divisé, il se produit un écartement entre les deux bouts. Le pied, retenu dans une position vicieuse par la rétraction du triceps sural, peut être ramené à la position normale, ou presque normale, par la main du chirurgien. L'écartement entre les deux bouts est alors porté à son maximum. Il peut être de 3 à 4 centimètres. Il est évident que si le pied est abandonné à lui-même, il ne tarde pas à reprendre sa position pathologique; et les deux bouts du tendon divisé, mis en contact, se soudent rapidement ; la difformité se reproduira intégralement après la cicatrisation. Ce qui s'oppose à ce que, dans le pied bot équin, le malade puisse toucher le sol par la face plantaire, c'est le raccourcissement du tendon. Ce tendon, il faut donc l'allonger de la quantité suffisante pour que le pied puisse être porté à angle droit, et mieux à angle aigu, sur la jambe. Pour cela, il faut évidemment maintenir invariable l'écartement des deux bouts du tendon, jusqu'à ce que la nature ait réparé complétement la solution de continuité, jusqu'à ce qu'il se soit reproduit un bout de tendon d'une longueur égale à celle qui, par son absence, produisait la difformité.

De là la nécessité des appareils après la ténotomie.

Mais n'est-il pas évident que, *à priori*, d'après ce qui précède, le meilleur des appareils est celui qui donnera l'immobilité la plus complète?

Deux ordres d'appareils sont appliqués après la ténotomie :

Les appareils mécaniques ;

Les appareils inamovibles.

Voyons les avantages et les inconvénients que l'on a attribués à chacun d'eux.

Les bandages inamovibles, dit M. Bouvier, sont assez puissants pour vaincre de grandes résistances ; mais ils ont des inconvénients d'un autre genre. Mal appliqués, ils produisent des paralysies, des gangrènes. On ne peut visiter le pied aussi souvent qu'il le faudrait, ni relâcher ou augmenter à volonté les pressions, en varier le siége suivant les indications journalières. En outre, jusqu'au moment où l'appareil est complétement solidifié, le pied peut être dérangé de la position qu'on veut lui donner. On peut craindre aussi les effets de cette immobilité trop absolue pour les mouve-

ments et la nutrition du membre. Dans le plus grand nombre des cas, M. Bouvier préfère les machines aux appareils inamovibles.

Mais l'application des appareils mécaniques est elle-même fort difficile et présente aussi des dangers. M. Bouvier, dans son livre, en fournit les preuves.

Il n'est pas toujours aisé de connaître le degré de constriction qu'il convient de donner aux courroies. Si elles sont trop lâches, la difformité n'est pas vaincue; si elles sont trop serrées, on a à redouter l'arrêt de la circulation et ses suites.

« La couleur des orteils doit être un guide dans cette manœuvre : s'ils deviennent trop pâles, s'ils prennent une teinte violacée, c'est que la pression est trop considérable.

« Dans les premiers temps, on ne laisse l'appareil en place que pendant quelques heures ou toute une journée, suivant la tolérance ; mais il faut arriver à le laisser appliquer continuellement, jour et nuit. Seulement, on doit le visiter souvent, s'assurer de l'état de la peau dans les points où elle supporte le plus de pression, où elle est mince et collée aux os, aux tendons, sur la tubérosité postérieure du calcaneum et le tendon d'Achille, sur les saillies osseuses de l'astragale et du calcaneum, vis-à-vis de l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien, au côté interne de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil. On diminue, on adoucit ou on change les points de pression, dès qu'on aperçoit des rougeurs permanentes. Cette précaution est encore plus nécessaire s'il se forme une phlyctène.

« Lorsqu'on *n'a pu éviter la formation d'une eschare, on se hâte de supprimer toute pression dans ce point.* Si l'eschare est superficielle, cette lésion peut encore guérir sans suppuration. Si l'on n'a pu prévenir la suppuration, il *faut suspendre le traitement mécanique* jusqu'après la guérison de la plaie. »

On voit, d'après M. Bouvier lui-même, combien est difficile l'application des moyens mécaniques. Des soins incessants ne peuvent souvent empêcher les phlyctènes, les eschares et la suspension provisoire du traitement.

Or, si l'on admet, ce qui me paraît incontestable, qu'une immobilité absolue est indispensable pour la réfection d'un bout de tendon d'une longueur déterminée, n'est-il pas évident que les appareils mécaniques doivent donner au chirurgien beaucoup de mécomptes?

Et si M. Bouvier lui-même, avec sa grande expérience, ayant sous la main des fabricants habiles, aptes à satisfaire toutes les indications, éprouve de grandes difficultés et constate parfois des

accidents, que sera-ce donc dans une campagne? Le praticien agira sagement en renonçant à la cure du pied bot. Ajoutons que les appareils mécaniques, exigeant des ouvriers habiles, coûtent un prix assez élevé.

En résumé, application toujours difficile, parfois dangereuse, surtout si le praticien n'a pas une grande expérience, ce qui est le cas le plus ordinaire; suspension fréquente du traitement, d'où imperfection dans le résultat : voilà mes conclusions sur l'emploi des appareils mécaniques.

Voyons maintenant les reproches que l'on adresse aux appareils inamovibles.

Ils produisent des paralysies, des gangrènes. — Oui, cet accident est possible, si l'appareil est trop serré; mais il devient impossible si l'appareil n'occupe qu'une partie de la circonférence du membre; car, du moment où il n'y a plus constriction circulaire, il n'y a plus arrêt du sang, et, la pression portant uniformément sur tous les points de la peau, l'appareil constitue une sorte de moule incomplet, incapable de déterminer ni phlyctènes, ni eschares.

On ne peut visiter le pied aussi souvent qu'on le voudrait. — Oui, quand on applique un appareil enveloppant tout le membre; mais lorsque, au contraire, comme dans l'appareil dont je me suis servi, une grande partie du pied et de la jambe reste à découvert, l'objection ne saurait subsister.

On ne peut relâcher ni resserrer l'appareil! — Mais c'est précisément là un des avantages de l'appareil inamovible, puisque ainsi l'immobilité est assurée, et nous avons déjà vu qu'il n'y avait rien à craindre quant à la gangrène. Ce qu'il importe, c'est de donner au pied une bonne situation aussitôt après la ténotomie.

On ajoute encore : Jusqu'au moment où l'appareil est complétement solidifié, le pied peut être dérangé de la position qu'on veut lui donner. — Cette objection a de la valeur si la substance employée se solidifie lentement; si le membre, complétement recouvert, ne laisse plus voir les points de repère. Mais que l'on suppose une substance se solidifiant en quelques minutes; qu'une partie du membre reste à découvert et permette ainsi de suivre les rapports de la jambe et du pied, l'objection n'a plus de raison d'être.

Une immobilité trop absolue peut faire craindre pour les mouvements et la nutrition du membre. — Cette objection n'a pas plus de valeur que les précédentes. La nature met ordinairement cinq ou six semaines à combler le déficit du tendon sectionné; or, nous im-

mobilisons souvent les membres pendant une durée semblable pour des fractures, sans observer les accidents précités.

Ajoutons enfin que, si une raison quelconque nécessitait l'ablation momentanée de l'appareil, rien n'est plus facile que de dégager le membre du moule incomplet dans lequel il est fixé et de le réintroduire ensuite.

Lorsque, après avoir pratiqué la ténotomie, le pied a pu être ramené dans une position convenable, le meilleur appareil, suivant moi, est celui qui maintient l'immobilité la plus complète; car il est bien démontré aujourd'hui que la guérison du pied bot n'est obtenue que si l'on rend au tendon la longueur qui lui manquait pour permettre la flexion complète du pied sur la jambe. Si l'appareil est enlevé ou n'est pas maintenu suffisamment tant que durera le travail de réparation, la guérison est impossible. Il faut donc rejeter tous les appareils qui, par leur nature et leurs inconvénients, ne peuvent être maintenus appliqués un temps convenable. Si le moyen de contention résout non-seulement l'indication capitale d'immobiliser, mais encore est exempt des dangers propres aux appareils mécaniques, c'est celui-là qu'il faudra employer. Or, l'appareil de M. Maisonneuve pour les fractures, l'appareil composé d'attelles plâtrées, est celui qui répond le mieux, qui répond même complétement aux indications que j'ai formulées, dans la très-grande majorité des cas.

Un appareil fait en gutta-percha, ainsi que l'a proposé M. Giraldès, offrirait les mêmes avantages; mais il est moins facile de se procurer la gutta-percha, dont le prix est d'ailleurs beaucoup plus élevé que celui du plâtre.

L'appareil de M. Maisonneuve immobilise d'une façon absolue le pied dans la position que le chirurgien juge convenable.

Il est d'une application facile et ne coûte rien. Un morceau de linge et du plâtre se trouvent partout.

Il se solidifie en quelques minutes.

Laissant le membre à découvert par sa partie antérieure, il permet de le surveiller autant qu'on le désire.

Il ne peut amener ni phlyctènes, ni eschares.

M. Maisonneuve a décrit ailleurs son appareil, si utile pour les fractures des membres, surtout pour les fractures compliquées. Je rappellerai seulement qu'il se compose d'une attelle postérieure partant des orteils et allant jusqu'au-dessus du jarret, et de deux attelles latérales formées d'une seule pièce, qui, passant sous la plante du pied, forme étrier et solidifie l'attelle postérieure. Je me

sers, pour confectionner ces attelles, de tarlatane repliée dix à douze fois, afin de donner une consistance suffisante.

J'ai pratiqué à Bicêtre cinq fois la section du tendon d'Achille pour des pieds bots équins très-prononcés, dans le service de M. Aug. Voisin, sur de jeunes idiots. L'usage de l'appareil à attelles plâtrées m'a paru tellement avantageux, d'une application si facile, que je n'hésite pas à conseiller aux praticiens de l'employer.

J'emprunte aux observations complètes de ces jeunes malades, qu'a bien voulu me remettre M. Henri Liouville, interne à Bicêtre à cette époque, les détails relatifs au traitement de ces pieds bots.

Grimouin (Félix), âgé de six ans et demi, est affecté d'équinisme complet des deux côtés, ce qui s'oppose absolument à la marche, car le poids du corps porte en entier sur l'extrémité des orteils.

Au mois de novembre 1865, M. Voisin me prie d'opérer cet enfant, ce que je fais par les moyens ordinaires.

Après l'opération, les deux membres inférieurs sont mis de suite dans un appareil plâtré (une attelle postérieure et deux latérales). J'avais pu obtenir la flexion du pied à angle aigu sur la jambe.

L'enfant descend du lit avec ses appareils au bout de dix jours.

Le 13 janvier 1866, on enlève les appareils plâtrés. La position donnée aux deux pieds n'a pas varié. La restauration du tendon est complète. Durant tout ce temps, environ deux mois, il n'est survenu aucun accident local.

L'enfant, mis à terre, peut se tenir debout sur la plante des pieds ; il éprouve toutefois une grande difficulté à marcher, ce qui s'explique suffisamment, puisque jusqu'alors il n'avait jamais marché.

Le 26 janvier, on lui met deux bottines à semelles contenant une plaque de cuivre, avec deux tiges montant jusqu'au tiers supérieur de la jambe.

L'enfant va et vient dans la salle, avec peine d'abord. Il est très-heureux de pouvoir marcher. Les progrès se font très-rapidement ; le corps se développe mieux sous l'influence de cet exercice.

Aujourd'hui, 18 février 1867, j'ai revu l'enfant. Il marche très-bien, court aisément les pieds nus. Les mouvements du pied sur la jambe sont très-libres. On n'observe plus la moindre trace d'équinisme.

J'opérai le même jour, également des deux côtés, le nommé Bugnon, âgé de quatorze ans.

Voici la note de M. Liouville :

Application de la gouttière plâtrée. Descendu du lit avec ses appareils au bout de dix jours.

Le 13 janvier, on enlève les appareils. Aucun accident local n'est survenu.

La réparation du tendon est complète et les pieds complétement redressés. Toutefois, l'enfant ne peut marcher, à cause de sa débilité générale. Le traitement tonique et l'électricité n'ont pu ramener une contractilité suffisante dans la plupart des muscles des membres inférieurs et du tronc.

J'ai revu ce matin le malade ; le résultat est resté le même, c'est-à-dire qu'il n'y a plus d'équinisme ; mais l'affaiblissement musculaire persiste et le condamne au repos presque absolu.

Au mois de septembre 1866, j'ai opéré un troisième enfant, idiot comme les deux premiers, atteint d'un pied bot équin complet du côté droit.

Même appareil que dans les deux cas précédents. Même résultat. L'enfant appuie son pied à plat sur le sol et peut marcher, ce qu'il ne pouvait faire avant l'opération.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Note sur un instrument destiné à doser l'acide urique de l'urine;

Par M. le docteur BÉRENGER-FÉRAUD, chirurgien de 1re classe de la marine impériale.

On sait combien il est important, dans les diverses manifestations de la diathèse urique, de connaître d'une manière assez précise, dans un moment donné, les proportions d'acide libre ou combiné que contiennent les urines. En effet, pendant les rémissions, on peut puiser, dans une appréciation exacte de ces proportions, des indications utiles pour le traitement prophylactique et prévenir peut-être ainsi de nouvelles attaques, ou tout au moins prévoir leur arrivée prochaine ; tandis que, d'autre part, pendant les crises, on peut suivre les effets du traitement institué, pressentir les exacerbations, les rémissions, la fin de la poussée morbide.

A coup sûr, il est rationnel d'admettre *à priori* que l'exacte détermination des quantités d'acide dans le diabète urique est aussi importante que celle des proportions de glycose dans le diabète sucré ; point de contact de plus entre ces deux maladies, qui ont d'ailleurs tant de liens de parenté ; et il n'est pas impossible, en

outre, que lorsqu'on s'occupera plus attentivement qu'on ne l'a fait jusqu'ici des variations de proportion des éléments normaux et pathologiques de l'urine, on arrive quelque jour à remarquer telle coïncidence, à découvrir telle loi entre certains phénomènes morbides et des conditions étiologiques dont nous ne connaissons pas actuellement l'influence; observation qui pourra jeter tout à coup une grande clarté sur bien des points encore si obscurs de l'histoire de ces maladies.

Si nous avons déjà pour la détermination des quantités de glycose que contient l'urine des moyens physiques ou chimiques d'une exactitude assurée, d'un emploi facile et rapide, il faut convenir que, pour l'évaluation de l'acide urique, la science est loin de la perfection; en effet, voici les principaux moyens que les ouvrages spéciaux ou classiques nous donnent. On va juger d'un coup d'œil leur utilité pratique :

« Chauffez doucement 30 grammes d'urine qui seront versés dans un verre à expérience, au fond duquel vous aurez préalablement ajouté 30 gouttes d'acide chlorhydrique. Le mélange, agité avec une baguette de verre, recouvert d'une feuille de papier pour le préserver de la poussière, sera mis de côté pendant douze heures. Au bout de ce temps, l'acide urique, en partie précipité sur les côtés du vase, en partie flottant à la surface, sous forme de granules fortement colorés, sera rassemblé au fond du verre en soumettant le liquide à un mouvement giratoire par l'agitation circulaire au moyen d'une baguette de verre. Après avoir séparé ces cristaux, les avoir lavés plusieurs fois avec l'eau distillée, mis à sécher le précipité dans un verre de montre, on aura obtenu ainsi toute la quantité d'acide urique existant dans 30 grammes d'urine, et rien ne sera plus facile que de peser cette quantité [1]. »

« Pour l'extraire de l'urine (l'acide urique), il faut réduire ce liquide à consistance sirupeuse, et alors le traiter par l'alcool à 36 degrés. Il se forme un précipité insoluble formé par différents sels, et aussi par de l'acide urique et des urates. Ce précipité est lavé avec de l'alcool, puis traité par l'eau distillée aiguisée d'acide chlorhydrique, qui dissout les sels. On filtre, et le résidu qu'on obtient, consistant en une poudre d'un blanc grisâtre, est de l'acide urique [2]. »

---

[1] Golding-Bird, traduit par O'Rorke, *De l'urine et des dépôts urinaires*, p. 20-21. Paris, V. Masson, 1861.

[2] Le Canu, *Annales des sciences naturelles*, 1859, t. XII.

« On évalue la quantité d'acide urique en rassemblant les cristaux séparés à la suite du traitement par un acide, et en les pesant après les avoir lavés et séchés avec soin. Le docteur Tudichum conseille de faire usage de l'acide azotique, parce que l'acide urique est moins soluble dans cet acide et qu'il n'y a pas une effervescence aussi tumultueuse que quand on se sert de l'acide chlorhydrique [1]. »

On le voit, ces moyens réclament un temps relativement long, une habitude des manipulations chimiques que tous les praticiens ne peuvent malheureusement pas avoir; car les urinations étant, en moyenne, de 200 grammes, on opère sur des quantités de 10 à 40 centigrammes d'acide urique, et à moins d'avoir une grande habileté, des balances très-exactes, il arrive qu'on n'obtient que des approximations de 10 à 20 centigrammes; ce qui fait des écarts de 60 centigrammes à 1 gramme pour un litre. Ainsi, cette difficulté a fait que, dans la médecine courante, on ne s'est pas occupé d'une manière assez précise des variations de l'élément urique.

Croyant fermement qu'il y a une utilité incontestable à combler cette lacune, à avoir une plus parfaite connaissance des oscillations de l'acide urique libre ou combiné dans l'urine, oscillations qui, à coup sûr, ne sont pas soumises aux lois d'un pur hasard, mais, au contraire, doivent être intimement liées à certains phénomènes morbides encore peu étudiés, j'ai recherché un moyen facile d'évaluation, et, après plus d'un essai, je me suis arrêté à l'idée qu'en attendant que nous connaissions des réactifs chimiques qui nous donneront d'une manière précise et rapide le chiffre cherché, on peut, par un moyen physique, arriver à une évaluation extemporanée très-suffisante. Le volume de l'acide urique, qui est considérable par rapport au poids, vu son peu de densité, pouvait très-bien me servir d'élément d'appréciation; c'est par lui que j'ai voulu résoudre le problème, et voici mon résultat :

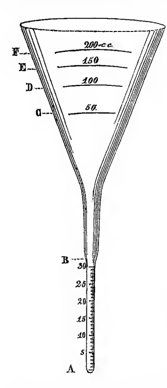
J'ai prié notre savant et habile fabricant de produits chimiques, M. E. Rousseau, de me faire confectionner l'instrument dont on voit la figure ci-après, et qui consiste tout simplement en un entonnoir en verre dont l'extrémité A est fermée.

J'ai versé dans cet entonnoir fermé 200 centimètres cubes d'urine contenant très-exactement 1 gramme d'acide urique cristallisé,

---

[1] *De l'urine, des dépôts urinaires, etc.*, par Lionel, S. Beale; traduit par MM. A. Ollivier et G. Bergeron. Paris, 1865, p. 118.

extrait par décantation de l'urine d'un graveleux [1]. Cet acide, plus lourd que le liquide, s'est précipité en quelques minutes sous forme de sédiment sablonneux rouge entre A et B, et j'ai fait diviser l'espace qu'il comprenait en vingt parties égales, tandis que j'ai fait indiquer par des traits le point d'affleurement de 50 centimètres cubes (C), 100 centimètres cubes (D), 150 centimètres cubes (E), 200 centimètres cubes (F).



Avec cet instrument si simple, il est facile d'arriver, en moins d'une heure, à une évaluation très-suffisamment exacte des quantités d'acide urique cristallisé d'une urine. En effet, chacune des divisions répond à 5 centigrammes d'acide urique. Donc si, par exemple, 200 centimètres cubes de liquide vésical donnent un dépôt qui occupe les six vingtièmes de l'espace AB, on dira : 200 centigrammes = 30 centigrammes ; donc, 1 litre = 1gr,50 de sable urique. Si maintenant on veut savoir la quantité absolue d'acide urique de cet échantillon d'urine, on n'a qu'a mettre, comme par le procédé dont j'ai donné précédemment le détail d'après Golding Bird [2], quelques gouttes d'acide chlorhydrique chauffé légèrement, et douze heures après, en consultant le dépôt, on voit le résultat. Supposons que le dépôt sablonneux soit monté de 6 à 10 divisions de l'espace AB, nous dirons : voilà une urine qui contient 2gr,50 d'acide urique, dont 1gr,50 cristallisé au moment de l'émission.

On le voit, l'idée qui a présidé à mon procédé est de déterminer le

(1) J'ai préféré me servir de cct acide urique chimique impur plutôt que de eelui qu'on obtient dans les laboratoires avec le guano et j'ai pris le gramme, qui m'a servi d'étalon dans une masse provenant de plus de cinq urinations différentes, pour avoir autant que possible un volume moyen.

(2) *Loc. cit.*, p. 20-21.

poids de l'acide urique par la seule inspection de son volume dans l'urine même, pour n'avoir pas, comme dans les autres procédés, à l'isoler du liquide urinaire, le recueillir, le dessécher, le peser, toutes opérations extrêmement délicates, vu les petites quantités sur lesquelles on opère.

Lorsque l'acide urique cristallisé spontanément dans l'urine est en cristaux très-fins ou quand il y a en même temps une certaine proportion d'urates alcalins dans le liquide, il est assez difficile, toutefois, de déterminer la quantité du dépôt dont la partie supérieure est en forme de nuage; mais, dans ce cas, en ajoutant quelques gouttes d'acide azotique, le nuage disparaît bientôt, et on peut très-facilement apprécier le volume du sédiment urique.

Il tombe sous le sens qu'on pourrait en même temps, après quelques expériences analogues à celles que j'ai faites pour déterminer le rapport du poids au volume pour l'acide urique, apprécier la quantité de plusieurs autres dépôts, par exemple, les urates alcalins se présentant sous forme de nuage, le mucus, etc., etc. Une fois la nature du sédiment déterminée, on n'aurait plus qu'à noter sa hauteur à l'émission deux, quatre, six heures après, etc. Voilà tout un horizon ouvert; mais je ne fais que signaler pour le moment ce champ d'études, assez important pour devenir le sujet de recherches spéciales ultérieures.

On m'objectera que l'évaluation de l'acide urique par l'instrument qui nous occupe n'est pas mathématiquement exacte. Je le sais très-bien et je suis le premier à reconnaître que le volume des cristaux n'étant pas toujours le même, il y a là un premier élément d'erreur; d'autre part, le mucus, les différences de composition du sédiment, les lamelles d'épithélium, les dépôts phosphoriques, etc., peuvent aussi tromper l'observateur; bref, le résultat peut varier dans de grandes limites pour de mêmes quantités de liquide et de dépôt; mais cette objection, qui semble capitale au point de vue théorique, est-elle suffisante dans la pratique pour faire rejeter le mode d'évaluation que je propose? Eh bien, non, et je crois qu'il va être facile de le démontrer. D'abord, si, dans le laboratoire, les résultats, les évaluations ont besoin d'être d'une exactitude mathématique sous peine de nullité, il faut bien, dans la pratique, se contenter, faute de mieux, des *à peu près*. Cette raison me dispenserait, à la rigueur, d'en chercher d'autres, car il est incontestable qu'en attendant mieux, un moyen, quelque médiocre qu'il soit, est préférable à rien ou à un plus médiocre encore. Mais où en trouver d'autres? dans une analyse de sécrétion, par

exemple? Si le chiffre absolu a une importance qu'on ne saurait contester, il faut convenir aussi que le chiffre relatif est infiniment plus intéressant à connaître. En effet, si 30 grammes de glycose par litre sont, dans tous les cas, une proportion élevée, il n'en est pas moins vrai que tel diabétique peut sécréter sans accidents cette forte quantité pendant très-longtemps, tandis que tel autre arrive très-vite à la période ultime de la maladie sans jamais avoir dépassé 10, 15, 20 grammes, par exemple. Il y a dans la question un élément autrement plus important que le chiffre absolu, c'est l'oscillation subite, irrégulière, des poussées morbides; en d'autres termes, le chiffre relatif. Or, dans ce cas, que fait une erreur d'évaluation, pourvu qu'elle soit constante? Rien. Que l'instrument que je propose indique, par le même chiffre de ses divisions, 1 gramme d'acide urique chez un graveleux, 1gr,20 chez un autre, peu importe en définitive. Le point capital, c'est qu'il nous dise si aujourd'hui la sécrétion est plus ou moins active comparativement à hier, à avant-hier, etc., chez le même individu, c'est-à-dire dans une urine qui est toujours sensiblement de la même provenance d'une manière générale.

Donc, qu'on ne puisse avec cet instrument avoir des éléments mathématiquement précis d'évaluation comparative entre deux urines de composition et d'origine très-différentes, je le veux bien; mais, convenons-en, nous n'avons pas à nous préoccuper de ce détail: il suffit, pour que son utilité soit justifiée, qu'il puisse nous indiquer au jour le jour, et au besoin à chaque urination différente, la quantité relative de sable urique, c'est-à-dire l'état de l'excrétion graveleuse chez le même malade.

C'est en multipliant les observations de ce genre qu'on arrivera à puiser, dans les indications de l'instrument actuel, des renseignements utiles; car, ainsi que je le faisais observer en commençant, on peut dire que la recherche de l'acide urique est aussi importante à certains points de vue que celle du sucre. N'est-ce pas en interrogeant le plus souvent possible, et jour par jour, les urines d'un diabétique qu'on se met dans les conditions favorables pour le traiter avec succès? Ainsi que l'a recommandé avec tant d'instance et de raison M. le professeur Bouchardat, c'est par la même manière de faire qu'on se placera dans de bonnes conditions pour le traitement de la diathèse urique, de la polyurique, comme l'appelle M. Bouchardat [1].

---

[1] Voir son intéressant mémoire dans l'*Annuaire thérapeutique de* 1867, 27e année, p. 234 à 323.

Voici un exemple à l'appui de ce que j'avance : Je donne des soins à un graveleux d'un certain âge ; tempérament lymphatique et de peu de résistance, qui émet depuis quinze ans de 1 gramme à 1gr,20 d'acide urique par litre d'urine dans les conditions ordinaires de son existence. A un certain moment, il allait très-bien sous tous les rapports, quand il se fatigua outre mesure de corps et d'esprit pendant soixante-six jours, temps après lequel des phénomènes morbides apparurent. J'avais noté chaque jour, et le plus souvent deux fois en vingt-quatre heures, les quantités d'acide émises, à l'aide de l'instrument dont je m'occupe actuellement, et je pus, au moment où des symptômes irrécusables d'anémie se montrèrent, rechercher très-exactement les oscillations de l'acide urique ; or, voici les résultats que j'obtins :

Moyenne de la sécrétion pendant soixante-six jours antérieurs à la période actuelle : 1gr,147 pour un litre d'urine.

Moyenne de la sécrétion depuis soixante-six jours, sous l'influence de la fatigue précitée : 0gr,877.

En examinant les chiffres de chaque jour en détail, je constatai que, pendant les vingt premiers jours, cette moyenne était montée jusqu'à 1gr,60 et même 1gr,75, tandis qu'elle était après ce temps descendue graduellement jusqu'à 60 centigrammes.

Ces résultats concordent, il est vrai, avec ce que les expériences physiologiques ont démontré depuis plusieurs années. Mais, sont-ils inutiles ? Non, bien au contraire, et, sans entrer dans l'étude de toute l'utilité pratique qu'on peut faire découler de ces faits, on admettra que les moyens capables de les fournir exactement sont une très-heureuse acquisition de la science.

Je ne m'étendrai pas davantage sur cette très-remarquable observation de diathèse urique, dont je viens de donner un détail suffisant. Réunie à quelques autres, et comprenant une période de plusieurs années, elle sera rapportée avec tous les détails et la précision nécessaires dans un autre travail.

Ces explications étant données, le but à atteindre par l'instrument étant montré, il me reste à attendre les appréciations de l'expérience de tous sur le compte de sa perfection ; mais c'est là un point secondaire. En effet, que cet instrument soit, au moment de sa naissance, suffisamment complet ou non, peu importe à l'avancement de la thérapeutique ; on le modifiera à volonté, à mesure. Ce qu'il faut aujourd'hui, c'est qu'il serve à nous familiariser avec cette idée qu'il est indispensable d'interroger le plus souvent possible les excrétions dans ces affections encore si obscures : les dia-

bètes sucrés, uriques, albumineux, etc., etc. Cherchons donc des moyens aussi rapides, aussi exacts, aussi simples que possible pour faire ces analyses, car on peut prédire sans danger que lorsqu'on sera, plus activement qu'on ne l'a fait jusqu'ici, entré dans cette voie, on en verra surgir bientôt des indications précieuses, plus ou moins ignorées jusqu'à présent.

Quand on aura des documents suffisants sur le volume de l'acide urique, cristallisé naturellement dans les urines des graveleux et des goutteux, on aura encore un sujet intéressant d'études dans les variations de sa coloration. Je me suis convaincu qu'en examinant au jour le jour les urines d'un sujet atteint de diathèse urique, on ne tarde pas à s'apercevoir que, dans certaines conditions de repos, d'alimentation peu animalisée, etc., etc., le sable urique a une couleur jaune orangée plus ou moins pâle ; tandis que sous l'influence de certains excitants bromotologiques, d'une fatigue corporelle, d'une accélération de la circulation, d'une suractivité nerveuse, etc., etc., le sable urique, coloré davantage par l'acide rosacique, passe par toutes les teintes du rouge jusqu'au rouge brun le plus accentué. Il y a là évidemment un point important de connaissances à acquérir. Mes observations ne sont pas encore assez complètes pour chercher à tracer dès à présent les lois de ces diverses variations ; mais, cependant, elles sont déjà assez nombreuses pour que je puisse affirmer d'une manière formelle qu'elles ne sont pas l'effet d'un pur hasard, et qu'elles obéissent à des lois bien déterminées, qu'on spécifiera assez facilement sous peu de temps.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Diphthérie cutanée. Paralysie générale consécutive. Mort du sujet.

Le 19 avril 1866, je fus appelé au village de Laubrée, canton de Saint-Savinien (Charente-Inférieure), chez le nommé F***, vigneron. F***, ancien soldat, âgé de cinquante-cinq ans, d'une bonne constitution, n'a jamais fait de maladie grave. Il y a six mois environ, poussé par la foi qu'ont les habitants des campagnes dans les vertus des exutoires, il s'est mis le sain bois au bras gauche. Du 1er au 3 avril, il y ressentit des démangeaisons qui ne l'empêchèrent pas de vaquer à ses travaux. Le 12, voyant l'inflammation se développer, il eut recours aux cataplasmes émollients, et cultiva, quand

même, ses vignes avec ardeur. Le 17, obligé de s'arrêter à cause du gonflement et de la douleur, il reprit les cataplasmes. Le 19, je fus mandé. A cette date, je trouvai le bras de F*** dans l'état suivant : sa face externe est envahie par une diphthérie des plus graves, intéressant l'épaisseur de la peau. La moitié inférieure de cette région n'est qu'une vaste plaie de forme à peu près rectangulaire, avec jetées interne et externe, noire et gangréneuse au centre, dans une largeur de 4 centimètres, jaunâtre à la périphérie où elle est manifestement couenneuse. L'odeur est repoussante; un ichor sordide en baigne la surface et s'y mélange à des détritus infects que l'on détache de l'aponévrose brachiale dont les fibres nacrées apparaissent çà et là. Les bords de la plaie sont ulcérés à pic, vivement enflammés, érysipélateux, recouverts d'exsudations diphthéritiques épaisses. A sa surface on voit encore l'écorce du sain bois qui a toujours été mis à portée, malgré l'inflammation, sous le prétexte de tirer le sang et l'humeur, d'après l'aveu du malade.

La moitié inférieure de la face externe du bras est couverte par une plaque diphthéritique jaunâtre, large de 5 centimètres, tellement adhérente que les pinces ne peuvent en saisir les bords. Ceux-ci sont, en effet, peu ulcérés et moins enflammés qu'en haut. Ces deux plaies, de même nature spécifique, mais bien distinctes cependant, puisque l'inférieure est à une période moins avancée de décomposition, sont très-douloureuses au toucher et fournissent une suppuration abondante. Le bras, l'avant-bras et la main sont gonflés, luisants, œdématiés. Il y a peu de fièvre, mais le sommeil et l'appétit sont perdus. Le moral est ébranlé. La bouche et le pharynx, examinés minutieusement, sont à l'état normal. Il n'y a pas de maux de gorge dans le village. Comme premier pansement, je nettoie le bras. Par une véritable dissection, j'enlève plusieurs lambeaux diphthéritiques de la plaie inférieure. Je lave au vin rouge sucré, prescris les lotions et la poudre de quinquina, ainsi que les cataplasmes vineux. L'avant-bras est posé de manière à favoriser la circulation. J'insiste sur la nécessité d'un régime tonique composé surtout de viande, de vin vieux et d'eau-de-vie. Le pansement est renouvelé trois fois par jour.

Le 22 avril, je revois le malade. La suppuration est énorme, l'odeur toujours gangréneuse. En haut, la plaie s'est un peu détergée, l'aspect en est meilleur; mais l'ulcération des bords a gagné en surface; elle envahit le tiers inférieur de la saillie deltoïdienne et s'étend en outre à la région interne du membre. En bas, la diphthérite s'est accrue en largeur, car elle se propage aussi en dedans

du bras. Cependant la périphérie est moins adhérente. Avec le bistouri et la sonde cannelée, j'enlève tout ce qu'il est possible de disséquer et mets à nu l'aponévrose brachiale, qui est saine, resplendissante. Il y a fort peu de fièvre. F*** ne reste pas couché et se promène au grand air. Les douleurs sont vives. L'anorexie et l'insomnie subsistent. Lotions au quinquina; poudre de quinquina sur les plaies, tranches de citron par-dessus, un linge fenêtré enduit de cérat au benjoin recouvre le bras, qui est en outre enveloppé de cataplasmes émollients. Régime tonique. Vin de kina en plus. Trois pansements par jour.

23 avril. Au pansement du matin, la plaie supérieure a meilleure mine, ses bords sont affaissés ; il y a moins d'inflammation partout. Les détritus gangréneux du centre sont détachés par les lotions au quinquina. Inférieurement, l'exsudation spécifique a perdu son adhérence, je l'enlève presque tout entière. Peu de fièvre, mais anorexie et abattement général, le malade perd confiance. Pansement au kina, au citron, à la teinture de benjoin étendue d'eau. L'huile de ricin est donnée pour régulariser les selles, car le ventre est paresseux. F*** est mis à l'usage du sirop de quinquina et du fer réduit. Trois pansements quotidiens.

24. Les parties gangrénées ont disparu et les produits diphthéritiques tombent sous l'action des cataplasmes émollients et des pansements. Cependant, la vaste plaque spécifique inférieure, enlevée hier, s'est reproduite dans la nuit et je procède à une nouvelle dissection. Les douleurs sont moindres, le membre a désenflé, l'œdème disparaît, les doigts s'agitent facilement. Il n'y a pas de fièvre, le sommeil est rêveur, F*** reprend courage. L'anorexie seule continue. Je recommande l'exercice à l'air libre. Mêmes pansements.

25. Meilleur état général. Apyrexie. Pas de douleurs. Le membre revient à son volume normal. Les chairs de la partie supérieure se sont améliorées; les bords ulcérés sont moins enflammés et se laissent dépouiller des productions couenneuses ; le mieux se déclare franchement. En bas, au contraire, la diphthérite s'est reproduite : je la dissèque pour la troisième fois, sauf dans son centre, où elle fait corps avec l'aponévrose. Mêmes pansements au kina, citron, alcoolé de benjoin, cataplasmes émollients, etc.

26, 27, 28. Chaque matin je fais, comme d'habitude, le premier pansement avec les topiques usités ; or, les plaies vont de mieux en mieux. Apyrexie. Pas de douleurs, mais anorexie et faiblesse générale. A la date du 30 avril, les deux plaies, déjà confondues, ne forment plus qu'une vaste surface rouge vermeille, couverte de

bourgeons charnus de bonne nature, fournissant une suppuration louable et très-abondante. Il n'y a plus trace de diphthérite. C'est une plaie simple, occupant la face externe du membre et marchant rapidement vers la guérison. Au milieu, comme en dedans et en dehors, et surtout dans le tiers inférieur de la région, dans les parties les plus déclives, se montrent des îlots cicatriciels. Mais l'état général ne va pas si vite que l'état local. Quoique sans fièvre et sans douleurs, F*** est d'une faiblesse qui l'inquiète. Le vin et le sirop de quinquina ne raniment que lentement les fonctions digestives. Le ventre a besoin d'être sollicité par les lavements et l'huile de ricin.

Le 3 mai, je revois le malade. La moitié inférieure du bras est guérie. Les îlots cicatriciels se multiplient en haut sur la saillie du deltoïde. La partie située immédiatement au-dessous, où la perte de substance a été considérable à cause de la gangrène, est moins avancée, quoique rouge vermeille, et donnant une suppuration louable. L'état général est très-satisfaisant. Le malade, plein de confiance, se promène volontiers et mange davantage ; ses forces ont augmenté, le bras a recouvré ses fonctions. En raison de cette grande amélioration, je suspends mes visites, après avoir bien expliqué le mode de pansement. J'insiste encore sur l'urgence d'un régime tonique, du vin de quinquina alternant avec le vin de gentiane, du fer réduit, etc. Tout annonçait une guérison prochaine. Le samedi, 19 mai, je fus mandé de nouveau près de F***, que je trouvai paralysé.

Les membres inférieurs, surtout le gauche, ne pouvaient le porter. Le tronc avait de la tendance à tomber en avant et les jambes fléchissaient sous le poids du corps. La parole était embarrassée. F*** ne pouvait prononcer les consonnes ; enfin, la vue s'affaiblissait. Il y avait paralysie des masses sacro-lombaires, des extenseurs, des membres inférieurs, de la langue, du voile du palais et de la rétine. La voix était nasillarde et les boissons avalées revenaient par les narines. Immédiatement, j'examinai la gorge et les fosses nasales. Tout était normal. Le malade, quoique sans fièvre et sans douleurs, était plongé dans l'adynamie, et complétement démoralisé.

J'appris alors que, depuis le 11, c'est-à-dire huit jours après ma dernière visite, F*** avait éprouvé des symptômes de paralysie dans les jambes, que cette faiblesse des membres inférieurs avait augmenté et que l'anorexie était revenue. En outre, les selles s'étaient ralenties ; le malade n'avait pas suivi régulièrement le traitement

indiqué. Examinant aussitôt le bras gauche, je le trouvai entièrement cicatrisé, sauf dans l'endroit où il y avait eu gangrène; là, subsistait une plaie simple, de bonne nature, sans diphthérite, mais qui, participant de l'état général, restait stationnaire depuis quelques jours.

Séance tenante je faradisai, avec l'appareil Gaiffe, les muscles des gouttières vertébrales, les extenseurs de la jambe sur la cuisse et du pied sur la jambe. Je reconnus que la sensibilité cutanée était bonne, mais qu'il y avait paralysie incomplète du mouvement. Les muscles étaient peu sensibles aux excitateurs; cependant le malade soulevait ses jambes, avec peine il est vrai, à la hauteur d'une chaise. Les deux bras jouissaient de la plénitude de leurs fonctions et la main gauche serrait vigoureusement les objets qui lui étaient présentés. Je pansai la plaie comme précédemment, et le régime tonique, augmenté des pilules d'extrait de noix vomique, fut repris avec exactitude.

20 mai. L'adynamie est plus grande. L'apyrexie et l'anorexie continuent. A force d'exciter le moral de F***, et en le soutenant par les épaules, je réussis à le faire promener dans la chambre. Deuxième faradisation; les muscles sont plus sensibles à l'électricité. Mais la parole est très-embarrassée et les boissons reviennent par le nez. Le ventre ne fonctionne pas. Même traitement général. Pansements au quinquina, citron, benjoin.

22 mai. Troisième séance d'électrisation. Je constate avec peine que, depuis quarante-huit heures, la paralysie a fait d'énormes progrès. Les muscles des cuisses, des jambes, etc., ont complétement perdu leur excitabilité; la peau est insensible. Le bras gauche est pris à son tour; tout annonce que la paralysie progresse et devient générale. Je pratique, moi-même, l'urtication du dos; la peau rougit, mais F*** ne sent presque rien. Le malade, paraplégique, ne peut rester sur son séant; il réclame avec instance le décubitus dorsal, la parole devient incompréhensible; les intestins et la vessie sont inertes, tout annonce une fin prochaine. F*** succombe le 25, dans l'adynamie et le marasme.

Telle est, dans toute son exactitude, cette observation, que nous croyons pouvoir donner comme un type de diphthérie cutanée maligne avec ses conséquences les plus graves. Si nous recherchons maintenant les particularités qu'elle peut offrir, nous nous arrêterons d'abord à la cause première qui se tire de la constitution médicale régnante : depuis l'hiver dernier, peut-être en raison de la grande humidité, dans les villages du canton de Saint-Savinien, qui

ressortent de la commune de Nouillers et qui en sont voisins, la diphthérie s'est manifestée sous toutes ses formes et semble y avoir élu domicile.

De novembre à décembre 1865, dans le village des Houillères, cinq enfants sont morts du croup. En novembre, nous avons visité, au lieu dit de la Matassière, commune des Nouillers, un homme de vingt-sept ans, pour une diphthérie tonsillaire qui, traitée énergiquement dès le début, céda rapidement aux moyens employés. En janvier 1866, dans la même contrée, nous avons soigné un enfant de huit mois pour une diphthérie cutanée qui se greffa sur les plis graisseux des cuisses, à la suite d'un érythème intertrigo. Dans ce mois encore, nous fûmes appelé, dès le début, pour un enfant de trois ans, dans le village des Houillères. Cet enfant avait les amygdales et la luette tapissées de concrétions diphthériques dont firent justice les vomitifs et la cautérisation. A la même époque, pendant une épidémie de fièvre typhoïde qui sévit particulièrement sur le village de Brandeau, commune d'Archingeay, voisine des Nouillers, nous avons observé la coexistence de la diphthérie gyngivale, buccale, tonsillaire et pharyngienne, chez deux individus, sur dix atteints par l'affection typhique. Cette complication ne disparut que lentement avec l'emploi des cautérisations au sulfate de cuivre, des insufflations souvent répétées d'alun et de tannin, des collutoires et gargarismes au citron, etc. Quelques jours après la mort de F***, dans le bourg des Nouillers, un adulte succombait à un mal de gorge couenneux. Dans les premiers jours de juin, nous donnâmes nos soins à une famille habitant le même lieu. Une mère et deux de ses enfants pris de diphthérie pharyngienne furent traités, dès le début, par les vomitifs, les cautérisations, les insufflations et les gargarismes alcooliques. Un troisième enfant de la maison fut atteint d'une diphthérie cutanée, greffée sur un eczéma du dos des oreilles. Dans tous ces cas, la guérison fut rapide, parce que les soins furent immédiats et assidus. Nous apprenons enfin que, ces jours derniers, au village de Boiseau, limitrophe de la commune déjà citée, un nouveau cas de diphthérie cutanée développée sur un exutoire du bras, s'est terminé par la mort. Le sujet était une petite fille de sept ans. Les preuves abondent donc pour établir que la constitution médicale régnante, depuis un an, dans cette partie du canton de Saint-Savinien, est essentiellement diphthéritique maligne.

Nous noterons aussi, comme fort importante, une cause spéciale de la maladie du nommé F***. Nous voulons parler des fatigues

excessives qu'il a supportées. Peu soucieux de son mal dès le principe, grand travailleur par nature et par goût, F*** cultiva ses vignes avec acharnement et surmena son bras, si nous pouvons dire ainsi. Et, à ce sujet, n'est-il pas possible de faire un rapprochement entre la nature de sa maladie et celle des affections charbonneuses qui, selon certains auteurs, se développent chez les bœufs, surtout lorsqu'ils sont employés à des travaux excessifs, quand ils sont surmenés ?

Ce bras gauche, en effet, a été surmené. Le malade, pressé de travail, s'est surmené lui-même, négligeant la simple irritation d'abord, puis l'inflammation suraiguë, provoquant ainsi les complications les plus graves, telles que le gonflement œdémateux du membre, la gangrène, et en dernier lieu la diphthérite qui, régnant depuis plusieurs mois dans le pays, trouva chez F*** un corps harassé, très-apte à l'impression morbide, un terrain favorable à son développement. Nous ferons remarquer encore chez le sujet de cette observation la coexistence de la gangrène et de la diphthérite, l'eschare profonde entourée d'exsudations couenneuses dans l'endroit même où l'inflammation a été le plus vive, peut-être en raison de l'action continue de l'écorce de Garou, qui fut employée jusqu'à notre arrivée. L'envahissement de la diphthérite sur le relief deltoïdien, la guérison rapide de la moitié inférieure du bras qui se cicatrisa la première, méritent enfin de fixer l'attention.

La maladie n'a pas suivi, là, sa marche habituelle; car, d'après les auteurs, et M. Trousseau en particulier, on ne voit pas la diphthérie cutanée remonter du bras à l'épaule, mais descendre, au contraire, vers l'avant-bras. Or, ici, l'ulcération spécifique a gagné l'épaule, et la cicatrisation a débuté franchement par les régions les plus déclives. Signalons également l'extrême adhérence des plaques couenneuses à l'aponévrose brachiale et les bons effets des pansements au citron et à l'alcoolé de benjoin fréquemment renouvelés qui, dans l'espace de quelques jours, transformèrent cette affreuse plaie en une plaie vermeille, de bonne nature, guérissant rapidement. Notons encore l'indemnité absolue de la gorge pendant toute la maladie et l'apyrexie; puis l'anorexie et la faiblesse générale qui ont résisté au traitement employé; enfin, cette paralysie spécifique qui est venue tout compromettre au moment où les apparences étaient si belles. Nouvelle preuve à l'appui de l'opinion générale qui veut que le mal local, la plaie diphthérique, ne soit presque rien vis-à-vis de l'état général. L'exemple que nous publions prouve donc une fois de plus la nature maligne et insidieuse de la

diphthérie cutanée. Tout marchait bien, l'appétit renaissait, le moral était bon, les forces du malade étaient revenues, la plaie réduite à la grandeur d'une pièce de 2 francs environ allait se fermer, lorsque la paralysie se déclara subitement. Nous disons subitement, car nous ne pouvons admettre comme prodrômes de cette complication la faiblesse générale et la paresse des intestins observées avant la paraplégie. Ces symptômes demeurent pour nous la conséquence inévitable du brusque changement apporté dans l'hygiène du sieur F*** qui, vigneron passionné et d'une activité incroyable, habitué à vivre au grand air, et condamné tout à coup à un repos absolu; sans cesse préoccupé de son travail, croyant ses intérêts menacés, perdit simultanément l'appétit, le sommeil, les forces et le moral. La paralysie fut donc subite, et peut-être eût-il été possible de l'enrayer si on nous avait appelé le jour même.

En étudiant sa marche, on est tenté de la rapprocher des paralysies que l'on observe après les fièvres graves ou les affections qui exigent un décubitus prolongé, avec lesquelles nous lui trouvons de l'analogie surtout au point de vue étiologique. Des deux côtés, en effet, il y a des éléments communs, tels que la longueur de l'affection, l'inaction du malade, son épuisement et l'adynamie consécutive. Mais, dans le cas dont nous parlons, il y a un élément de plus, il y a une cause spécifique; c'est nommer le principe septique, l'agent diphthérique qui, absorbé par la plaie, cette voie longtemps ouverte, sature l'individu, détermine son intoxication et, se larvant sous les apparences trompeuses d'une plaie devenue simple, frappe bientôt par une sorte d'action élective le système nerveux, d'où la perte du mouvement, des sensibilités générale et spéciale, enfin, l'anéantissement des forces vitales du malade qui, sans fièvre et sans douleur, succombe dans le marasme le plus profond. Quelques mots en terminant, et qu'ils soient comme la morale de ce fait clinique :

Nous devons combattre par tous les moyens possibles cette coutume séculaire des habitants de la campagne, qui consiste à mettre le sain bois ou la mouche au bras, pour les maladies légères, le plus souvent sans motif, ou bien par imitation. Les décès consécutifs à la paralysie diphthérique deviennent plus nombreux, c'est donc un acte de bonne philanthropie que d'éclairer les gens, pour saper par la base cet antique préjugé enfanté par les théories les plus singulières sur le rôle des humeurs et qu'il nous faut, chaque jour, écarter avec patience et résignation.

Dr PHELIPPEAUX,
Ex-chirurgien entretenu de 2e classe de la marine.

Saint-Savinien, le 17 novembre 1866.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique des maladies de l'œil (1), par H. Mackenzie, 4e édit., traduite de l'anglais et augmentée de notes, par MM. les docteurs G. Warlomont et Testelin. Tome IIIe, contenant l'exposé de toutes les découvertes et de tous les faits intéressants relatifs à l'ophthalmologie qui se sont produits depuis 1857, publié par MM. Mackenzie, Testelin et Warlomont.

L'objet de cette publication supplémentaire est exposé d'une façon si nette et si précise par la première phrase de l'introduction même, placée par les auteurs en tête de leur nouveau volume, que nous bornerons à la reproduire ici textuellement :

« L'ophthalmologie a fait, dans ces dernières années, des progrès tels qu'on peut affirmer, sans crainte d'être contredit, que jamais aucune des branches des sciences médicales n'en a accompli, dans le même temps, d'aussi nombreux et d'aussi importants. Aussi tous les traités des maladies des yeux comptant quelques années d'existence sont-ils déjà distancés par des publications plus récentes, plus au courant des découvertes du jour. »

Il était cruel pour l'auteur et les traducteurs de ce magnifique travail de lui avoir donné naissance à la veille même du jour où allaient éclore toutes ces moissous nouvelles de la science. Espérer apporter des lumières attendues, et n'avoir élevé qu'un monument au passé ! Nous nous mettons à la place de MM. Mackenzie, Testelin et Warlomont, et comprenons l'amertume qu'ils durent ressentir. En gens de cœur, ils ont compris qu'une tâche crue achevée se trouvait à reprendre, et ils se sont mis à l'œuvre. Les deux premiers volumes publiés en 1857 regardant le passé, le troisième exposera le présent ; et s'il est à la hauteur de ceux qui l'ont précédé, le public spécial aura sous la main le recueil le plus complet qui se puisse désirer.

Nous n'avons pas à faire ici l'éloge des deux premiers volumes ; leur valeur est connue de tous : il n'est pas un traité nouveau qui puisse se dispenser d'y puiser à pleines mains ; c'est l'histoire même et complète, le bilan de l'ophthalmologie classique. Voyons donc ce qu'y ajoute le supplément nouveau. Les auteurs nous l'annoncent : « Il passe en revue les divers chapitres de l'ouvrage, pour s'arrêter à tous ceux qui leur ont paru demander l'appoint des faits intéressants de publication récente, ou des idées nouvelles se rapportant à chacun d'eux. Les maladies des voies lacrymales, les

(1) Paris, Victor Masson et fils, 1866.

affections paralytiques des muscles de l'œil, le strabisme, le glaucôme, l'iridectomie avec ses indications, les affections sympathiques de l'œil, la cataracte avec les procédés opératoires nouvellement introduits, les maladies ophthalmoscopiques ont fait l'objet d'importantes additions. » Enfin une étude sur la dioptrique physiologique et pathologique, comprenant les anomalies et les maladies de la réfraction et de l'accommodation, ouvre ce volume supplémentaire.

Contenu par le peu d'espace dont nous disposons, nous ne pourrons suivre les auteurs dans l'étude des divers chapitres dont nous venons de donner les titres. Nous passerons donc sous silence les parties du supplément relatives aux maladies des paupières, des voies lacrymales, malgré tout l'intérêt qui s'attache à cette question qui, depuis la découverte de Bowman, a pris un aspect absolument nouveau. Nous ne parlerons pas davantage des excellentes additions faites au chapitre des épanchements sanguins dans l'orbite, de l'exophthalmos ; ainsi que nous laissons de côté l'histoire si importante de la réfraction et de ses anomalies, nous négligerons de même la révolution si complète apportée par l'ophthalmologie moderne dans l'histoire scientifique du strabisme et des paralysies musculaires des yeux. Ces questions sœurs comporteraient plus qu'un simple énoncé.

Au tableau des déviations des axes oculaires succède un intéressant chapitre, consistant presque tout en observations, et qui a pris pour objet la conduite à tenir et le pronostic à formuler dans les principaux accidents traumatiques qui viennent de frapper un œil. Les commotions du globe, les luxations du cristallin, les épanchements intérieurs y sont étudiés successivement, et le lecteur y trouvera les éléments d'une opinion pronostique sur l'avenir réservé à un œil nouvellement blessé et qui vient à tomber sous son observation.

Ces généralités épuisées, les auteurs s'attaquent successivement à chacun des organes dont l'ensemble constitue l'œil, et exposent les acquisitions faites par la science à l'endroit de chacun d'eux depuis ces dix dernières années.

Après cette lecture, le plus sceptique n'est plus autorisé à mettre en doute la netteté des signes qui caractérisent l'état morbide (et lequel ?) de chacun des tissus et des membranes de l'œil. Ce n'est plus un diagnostic imaginaire qui se pose sur les données qu'apporte au pionnier de l'amphithéâtre l'anatomie pathologique descriptive ou histologique : non ; aujourd'hui cette anatomie patho-

logique est vivante, elle se fait au grand jour ou plutôt à la vive lumière de l'ophthalmoscope, et même, ne se borne pas à éventrer l'œil, elle fournit accessoirement des aperçus sur l'état des régions les plus distantes, les centres nerveux, par exemple, le cœur, les reins, le foie, etc., etc. Aussi l'ophthalmoscope n'est-il plus seulement un instrument spécial à l'ophthalmologiste; non moins qu'à lui, le maniement de ce trésor d'instrument est ou sera avant peu nécessaire à tout pathologiste. Il ne faut pas que, dans dix ans, nous ayons à dire à un confrère : « Mais c'est un albuminurique que vous nous avancez là ; ce malade est de votre compétence et non de la nôtre. » Ce qui est tout rationnel aujourd'hui, dans un certain nombre d'années ne serait pas plus admissible que l'ignorance de l'auscultation.

Contraint à une course rapide, nous passerons à vol d'oiseau sur les pages relatives aux traces laissées dans l'organe de la vue par la syphilis héréditaire (question grave et digne de toute l'attention des pathologistes); nous ferons voir aussi, malgré l'intérêt qu'elles présentent, celles qui relatent les opérations qui se pratiquent sur l'iris (corélysis, iridectomie, etc.), celles qui ont trait aux différentes formes de choroïdite, de rétinite, etc., questions purement spéciales et d'un prix moins immédiat pour le praticien général. Nous arriverons tout de suite à la dernière moitié du second fascicule.

Cette dernière moitié est consacrée à l'exposition descriptive et critique des procédés nouveaux d'extraction de la cataracte. On sait combien d'inconnues et de problèmes renferme encore cette importante étude! Si habile que soit l'opérateur, si expérimenté que soit son coup d'œil, si prudent que soit son esprit, tous les jours il arrive que l'opération la mieux faite se voit frappée d'insuccès ; — insuccès racheté, il est vrai, parfois, pour le compte de l'humanité en général, par une réussite imprévue et improbable.

Quoi qu'il en soit, l'imprévu domine encore cette opération et tous les efforts aujourd'hui sont de toutes parts concentrés sur la réduction à faire dans le domaine de cet imprévu. L'extraction linéaire simple ou avec iridectomie, l'extraction par l'anneau sclérotical (Jacobson), le nouveau procédé de Græfe (on peut en donner une idée par un moyen terme entre les deux précédents), sont présentés et analysés avec indépendance de jugement par MM. Testelin et Warlomont. C'était la première condition à remplir; la concision et la netteté étaient les secondes, et elles ne sont pas moins bien satisfaites.

L'ophthalmie sympathique et l'histoire du glaucôme, questions

éminemment à l'ordre du jour, terminent ce fascicule. On n'attend pas de nous que nous résumions ici le résumé présenté par les auteurs. La science a plus d'exigences et ne se traite pas ainsi au pied levé. Une découverte telle que l'iridectomie dans ses rapports avec un genre de cécité qui menace une si notable proportion de nos semblables n'est point matière à critique rapide. Bornons-nous à dire que, dans ces articles encore, les auteurs ont su condenser en peu de pages les données nouvelles, et compléter leur premier travail sans nuire à la clarté et à l'intelligence d'un aussi grand sujet, dont nous ne saurions assez recommander l'étude — même, non pas même, *surtout* au praticien général. La science ne se vulgarise pas en un jour ; aussi doit-on consciencieusement un certain temps au public médical pour s'approprier cette question. Mais ce temps devra être d'autant moins long qu'est plus immense la gravité du sujet. Or, de même que tout médecin doit être en mesure de lutter contre une hémorrhagie foudroyante, coercible de sa nature ; de même, avant qu'il soit longtemps, il devra être en état de diagnostiquer, un glaucôme tant aigu que chronique. Cette affection, en effet, offre pour la vue des conditions analogues à celles que présente pour la vie une hémorrhagie foudroyante, et une responsabilité du même ordre pèsera sur celui qui se trouvera devant elle au dépourvu comme savoir. Elle réunit, en effet, ces deux conditions : fatilité dans sa marche ; héroïque effet de la médication appropriée. Qu'on y songe ! Le sujet en vaut la peine.

On nous demande encore tous les jours, dans le corps médical, ce qu'est et ce que vaut cette importation étrangère, l'iridectomie ! On l'accueille encore avec réserve, malgré les nombreuses publications qui l'auraient déjà suffisamment fait connaître dans notre pays même, s'il n'y avait à considérer en elle qu'un fait opératoire. Mais ce fait opératoire, si remarquable qu'il soit par sa simplicité pratique et par ses suites, n'est lui-même que le dernier terme d'une longue étude de physiologie mécanique poursuivie sous la lumière de l'ophthalmoscope. Pour arriver à la proposition de couper l'iris dans les affections glaucomateuses, il a fallu la persévérente observation du génie et la découverte du mécanisme de la pression intra-oculaire ; pour poser chaque jour, et dans chaque cas, l'indication actuelle de cette opération, il n'est pas moins nécessaire d'avoir une connaissance assurée de ces affections elles-mêmes, c'est-à-dire des procédés d'exploration ophthalmoscopique. Il est nécessaire de connaître les signes de la pression intra-oculaire, ses causes permanentes ou temporaires, son mécanisme différentiel.

Aussi il ne suffira point, pour fonder chez nous la valeur pratique de cette merveilleuse intervention chirurgicale, de pratiquer de nombreuses amputations d'iris. Ce n'est pas par la statistique aveugle que sera élucidé, pour le public médical français, cet important problème résolu déjà tout autour de nous. Une statistique sérieuse ne saurait être recherchée que dans la pratique des chirurgiens spéciaux, sérieusement versés dans l'interprétation de l'ophthalmoscopie. Nous aurions volontiers écrit ici « spécialistes », si, par une pratique qui ne manque pas d'adresse, ce mot n'avait été détourné de son acception première, et ne servait aujourd'hui, dans la langue officielle, à établir une savante confusion entre des connaissances qui ne sont malheureusement encore qu'un domaine trop réservé, et le charlatanisme.

Cependant, pour fondée qu'elle soit, la nouvelle conquête n'a encore qu'un caractère négatif. Les grandes chaires sont muettes et l'enseignement officiel se tait à son égard.

Et cependant, on marche autour de nos frontières; et chaque jour se creuse davantage cette lacune de quinze années qui sépare la science étrangère de la science française !

Puisqu'un pareil tableau n'émeut pas les dépositaires officiels de l'enseignement, puisque leurs plumes sont sèches, comme leurs voix paralysées, force nous est d'accueillir avec empressement et reconnaissance la publication nouvelle qui nous vient de l'étranger. Remercions donc MM. Warlomont et Testelin d'avoir eu la bonne pensée de venir au secours de notre insuffisance et de tendre un volume secourable à notre trébuchante indigence.

GIRAUD-TEULON.

BULLETIN DES HOPITAUX.

BONS EFFETS DU TARTRE STIBIÉ A HAUTE DOSE DANS UN CAS D'HÉMOPTYSIE REBELLE. — La nommée C*** (Marguerite), âgée de vingt-cinq ans, cuisinière, entre, le 20 décembre 1866, à l'hôpital de la Charité, dans le service de clinique.

Cette femme tousse depuis plusieurs semaines; elle a maigri depuis un an, perdu ses forces, et la menstruation est devenue moins abondante; elle a déjà craché du sang. Lors de son entrée, on constate une matité assez étendue au sommet du poumon droit, en arrière; la respiration est rude et soufflante, l'expiration prolongée; la voix retentit, et, quand la malade tousse, on entend des craquements humides à l'expiration. Expectoration peu abondante, composée de mucus filant. Toux quinteuse, fréquente, très-pénible pour la malade, au point de la priver de sommeil. Altération de la voix

depuis quelques jours. Pouls à 96 le soir. Pas de fièvre la nuit. Appétit conservé ; pas de diarrhée.

Cinq jours après son entrée, la malade est prise de crachements de sang se répétant plusieurs fois dans la journée, au point de remplir un crachoir, qui nous est présenté à la visite. L'auscultation fait constater au sommet du poumon droit, en avant et en arrière, quelques râles humides assez fins, mais peu nombreux. On prescrit : repos au lit, sinapismes, boissons astringentes et pilules de tannin.

Les jours suivants, aucune amélioration ne se produit ; la quantité de sang est la même, et la toux aussi fréquente. Applications de ventouses sèches sur la poitrine ; potion au perchlorure de fer. Limonade sulfurique. Râles humides à grosses bulles au sommet du poumon droit, en avant et en arrière. Mouvement fébrile le soir. Pouls à 100. L'appétit se soutient.

Le 3 janvier, on lui prescrit une infusion de feuilles de digitale (1gr,50) à prendre dans sa tisane. Ce médicament est bien toléré et ne produit ni nausées ni vomissements. Ralentissement du pouls, qui, le soir, de 100 tombe à 80.

Dès le lendemain, l'hémoptysie a disparu, mais pour reparaître le surlendemain 6 janvier, bien qu'on ait maintenu la même dose du médicament. La digitale est continuée jusqu'au 10, sans aucun résultat. Toute la journée, la malade rejette des crachements sanglants.

Le 15 janvier, M. le professeur Monneret se décide à la soumettre à la potion stibiée pendant plusieurs jours : 0gr,25 de tartre stibié dans un julep gommeux de 120 grammes, additionné de 20 grammes de sirop de morphine ; une cuillerée à bouche toutes les heures. La malade continue à être alimentée, et on lui prescrit du vin de Bordeaux, 200 grammes.

Cette potion est bien tolérée dès le premier jour : aucun vomissement, aucune selle diarrhéique ; l'appétit seul est perdu ; la malade mange cependant le soir et boit son vin.

Au bout de quatre jours, sous l'influence de ce traitement, le sang disparaît des crachats, et, le 19, à la visite, nous constatons la cessation de l'hémoptysie.

Cependant les signes locaux se sont peu modifiés : il y a toujours des râles humides fins et assez abondants au sommet du poumon droit ; le pouls est toujours élevé, 84 le matin, 100 à dix heures le soir. Aussi la persistance de ces signes fait continuer la potion à la même dose.

La médication stibiée est ainsi continuée jusqu'au 27 janvier, c'est-à-dire qu'elle a été maintenue pendant onze jours consécutifs. Dans les derniers jours, elle n'était plus si bien supportée ; elle provoquait des vomissements, et la malade demandait en grâce qu'on la lui supprimât.

Sous l'influence de cette prolongation, l'état local s'est amélioré, les râles humides ont disparu, le mouvement fébrile du soir a disparu, la toux est moins fréquente, le sommeil est bon, et la malade se trouve mieux. L'appétit est bon, et les forces reviennent.

A la fin de février, cette femme est bien améliorée, mais elle

conserve toujours les signes de la lésion tuberculeuse que la médication stibiée n'a pu qu'enrayer dans sa marche.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Corps mobile dans l'articulation du genou droit; opération; guérison. La plupart des chirurgiens reconnaissent les avantages du procédé de Goyrand pour l'extraction des corps étrangers articulaires en deux temps. L'observation de M. Spruyt est un exemple de succès par extraction en un seul temps, comme la pratiquait Desault. On sait que Velpeau, dans le cas de corps étrangers de petit volume, a opéré, avec succès, l'extraction en un seul temps, et M. Huguier a fait de même sans observer d'accidents consécutifs.

Il s'agit, ici, d'un jeune homme de vingt-trois ans qui, plusieurs mois après une contusion du genou, suivie de gêne dans la marche, s'était aperçu de la présence d'un corps mobile, se déplaçant facilement, à l'intérieur du genou. Ce corps augmentant de volume, et la marche devenant très-pénible à cause des douleurs subites provenant des changements de position du corps étranger, le malade, après avoir essayé sans succès plusieurs traitements, réclama une intervention chirurgicale, bien prévenu, d'ailleurs, de la gravité des accidents qui pouvaient en résulter.

Le corps étranger était très-mobile, il s'engageait très-facilement au côté externe de l'articulation, au-dessous des muscles. Le corps étant maintenu à l'aide d'un lien circulaire, placé de manière à exercer une pression de bas en haut, la peau de la cuisse étant attirée vers le genou de manière à y produire un grand pli transversal à base située immédiatement au-dessus du sommet du corps étranger, on fit une incision de 4 centimètres dans l'axe du membre et aboutissant au corps étranger. Le bistouri étant alors introduit dans la plaie le long de l'index, la synoviale fut incisée, et le corps étranger, d'aspect cartilagineux, vint saillir aussitôt à l'extérieur et fut extrait avec la plus grande facilité. Le parallélisme de la plaie fut détruit, et la guérison fut complète en dix jours.

Le corps extrait mesurait 4 centimètres à la base et 3 centimètres de hauteur ; il était de forme irrégulièrement triangulaire, à sommet très-obtus, et d'une épaisseur de 1/2 centimètre environ.

Ce fait heureux ne doit pas faire oublier les résultats comparatifs signalés par le baron H. Larrey. La mobilité du corps étranger, la facilité avec laquelle on le maintenait au côté externe de l'articulation, rendaient facile ici l'exécution du procédé de Goyrand. (*Archives médicales belges*, t. IV, 1866, 11e fascicule.)

Des essences de certaines labiées employées en bains généraux comme stimulant. Aux agents ordinaires de la médication révulsive générale et stimulante cutanée, tels que les bains sulfureux, les fumigations aromatiques, l'hydrothérapie, les bains de moutarde, etc., il faut ajouter les bains simples additionnés d'essence de romarin, de thym, de serpolet ou de lavande, sur lesquels M. Topinard s'est livré personnellement à une série d'expériences décisives.

L'essence de romarin, par exemple, mêlée directement à l'eau d'une baignoire, à la dose de 2 grammes, donne lieu, chez les sujets sensibles, aux effets suivants : cinq minutes après l'immersion, sentiment général de chaleur et de bien-être. Un quart d'heure ensuite, picotements distincts, multiples, sur toute la surface cutanée, mais principalement aux reins et aux flancs, qui s'accroissent et deviennent, vers la quarante-cinquième minute, confluents et intolérables. A la sortie du bain, les papilles sont toutes hérissées et le siége d'une vive hyperesthésie; de larges taches d'érythème se montrent, en grand nombre, çà et là ; le pouls quelquefois est un peu accéléré. Ces effets diminuent peu à peu, et en une heure ont entièrement disparu.

Les essences de thym et de serpolet possèdent une action semblable et à peu près égale ; celle de lavande, une action moitié moindre.

Leur dissolution dans l'alcool augmente leur propriété irritante, tandis

que l'addition au bain de 2 à 300 grammes de carbonate de soude ou de potasse la diminue de moitié environ. Toutefois, les différences de susceptibilité sont très-grandes d'un individu à l'autre; tel supporte sans résultat appréciable des quantités triples et quadruples. Bref, les doses, pour un adulte moyennement impressionnable à leur action, doivent être fixées comme il suit :

2 grammes pour les essences pures de romarin, de thym ou de serpolet.

1 gramme pour les mêmes, dissoutes dans 50 grammes d'alcool.

3 ou 4 grammes, au contraire, lorsqu'on ajoute 2 ou 300 grammes de carbonates alcalins.

Doses doubles, dans chaque cas, pour la lavande, qui, par conséquent, sera préférée chez les petits enfants, et ne leur sera même ordonnée que par gouttes.

Ces bains sont indiqués, dans une maladie aiguë ou chronique, toutes les fois qu'on voudra obtenir une stimulation cutanée générale, soit pour éveiller une réaction ou élever le ton général de toutes les fonctions, soit pour opérer une dérivation au profit des organes internes. Un bain à haute dose dans les maladies aiguës, ou une série de bains à dose ordinaire dans les maladies chroniques, rempliront ce but. Ils remplaceront parfois les bains sulfureux, sur lesquels leur odeur agréable leur donne quelque avantage.

C'est à la présence de trois de ces essences que les bains Pennès doivent leur action, les autres substances qu'ils renferment étant ou inertes, ou étrangères à la propriété stimulante pour laquelle ils se recommandent. Aussi le praticien, dont l'intérêt est de régler à son gré, et selon les indications, la dose des principes actifs qu'il emploie, fera-t-il bien de leur préférer les bains ordinaires d'eau douce, additionnés, comme il vient d'être dit, d'une ou de plusieurs des essences ci-dessus, à son choix. Telle est la proposition principale implicitement contenue dans le travail de M. Topinard, et qu'il nous a exposée. (*Gazette des hôpitaux*, 14 février 1867.)

Guérison d'un cas d'iléus par les frictions d'huile de croton. Un cultivateur, âgé de cinquante-huit ans, est pris de malaise après avoir dormi sur l'herbe mouillée; trois jours après, le 11 septembre, il est pris de douleurs de ventre et de vomissements, avec constipation et météorisme ; on lui prescrit du calomel et du jalap, de l'huile de ricin. Pas de selles; les vomissements continuent. Le 13, on lui fait prendre deux lavements de tabac ; ils sont rendus sans matières. Le 14, on emploie la belladone à l'intérieur et des applications de glace sur le ventre. Aucune amélioration. Le 16, M. Mercier (de Genève) est appelé et conseille les frictions avec l'huile de croton sur la paroi abdominale. Ces frictions sont faites toutes les deux heures. Dès le lendemain, il se produit une rougeur intense avec éruption discrète, ce qui n'empêche pas de réitérer les frictions. Au quatrième jour de ce traitement, le 20, il y a une selle de matières noires, dures, et les jours suivants, des lavements suffisent pour rétablir le cours des matières fécales. Dès lors, le ventre se distend et les douleurs diminuent ; mais il reste au malade une éruption très-confluente de pustules qui lui est très-douloureuse. Il a été employé en frictions, du 20 au 21, une once d'huile de croton, ce qui donne une idée de la faible dose consommée dans les six jours.

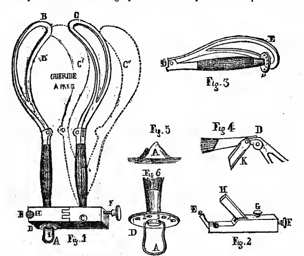
Un autre confrère de Genève, M. le docteur Mayne, a fait usage de ce moyen dans l'iléus deux ou trois fois avec succès. (*Gazette médicale.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Du retroceps ; forceps asymétrique, par M. Hamon. L'instrument que j'ai l'honneur de soumettre à la haute sanction de l'Académie de médecine a été fabriqué, sous mes ordres et d'après mon modèle, par M. Guéride. Il est basé sur une doctrine que je crois pouvoir considérer comme entièrement nouvelle. Jusqu'ici, tous les accoucheurs ont érigé en précepte de poser les cuillers des divers forceps dans le sens du diamètre de la tête, c'est-à-dire symétriquement par rapport à cet organe. Mon instrument est conçu de façon à réaliser des vues essentiellement opposées. Ses cuillers s'appliquent *asymétriquement* sur la tête du fœtus, qu'elles saisissent invariablement par derrière (*retro capio*).

Ce nouveau mode de préhension est fertile en heureux résultats pra-

tiques. Grâce à lui, on n'a plus lieu de se préoccuper du placement symétrique des cuillers, manœuvre qui, avec le forceps classique, exige trop souvent une habileté spéciale qui ne saurait être le propre de tous les praticiens. Les cuillers de mon instrument vont se poser d'elles-mêmes *en arrière de la tête*; on n'a nullement besoin de prendre souci du siége précis qu'elles occupent. Il ne reste plus qu'à articuler les deux leviers sur leur support commun, et à effectuer, par son moyen, des tractions méthodiques à l'aide d'une seule main ; la seconde main est utilisée pour repousser ou protéger au besoin les parties molles de la mère durant le cours des manœuvres, pour l'exécution desquelles le déploiement de la



force brutale doit être formellement interdit. Prudence et patience sont les règles fondamentales qui doivent présider à toute application du retroceps.

Explication de la figure :

Fig. 1. Retroceps monté : B, branche pivotante ; C, branche basculante.

Fig. 2. Manche ; E, arrêt du pont volant H ; G, bouton à baïonnette articulant la branche C ; F, vis faisant basculer ladite branche.

Fig. 3 et 4. Branche pliée. Pour obtenir cette flexion, faire faire un quart de cercle au levier K, comme le représente la figure 4. Une fois la branche pliée, remettre en place le levier K.

Fig. 5. Marque du docteur Hamon. Cette marque est incrustée par M. Guéride, son fabricant, sur chaque branche et sur le manche du retroceps.

Fig. 6. La rondelle D est percée de quatre trous qui servent à articuler, au moyen du levier A, la branche pivotante B.

En remplacement de la vis F, on peut monter un crochet mousse ou un perce-écrou.

Uréthrotomie externe. Voici le procédé de M. Demarquay :

Tout le monde sait qu'il existe des rétrécissements infranchissables. Que faire ? Dans le siècle dernier, plusieurs chirurgiens, et tout récemment MM. Ricord et Sédillot, ont proposé d'attaquer ces rétrécissements d'avant en arrière, d'ouvrir le canal, d'y introduire un stylet, et d'inciser les parties rétrécies d'avant en arrière. Le premier de ces deux habiles chirurgiens fit cinq fois cette opération : quatre fois il put terminer son opération, une cinquième fois il échoua. Lenoir, assisté par M. Demarquay, ne put non plus retrouver la partie profonde de l'urèthre. M. Civiale a combattu, dans la dernière édition de son ouvrage, cette pratique chirurgicale, attendu que le chirurgien est sans guide, et que l'opération est livrée au

hasard et à l'habileté du chirurgien. Cependant, M. Sédillot s'est montré partisan de cette manière de faire. M. Demarquay, après avoir démontré le côté défectueux de toutes ces opérations, propose de résoudre le problème de la manière suivante :

Aller avant tout, le malade étant placé comme pour la taille, à la recherche de la portion membraneuse de l'urèthre, dont les rapports sont fixes et bien connus. On y arrive en faisant une incision courbe au devant de l'anus et en se dirigeant de bas en haut et d'arrière en avant.

La portion membraneuse étant découverte, la pointe de la prostate étant reconnue, la portion membraneuse est ouverte, et une sonde de femme spéciale est introduite dans la vessie.

Si le périnée et les bourses sont très-malades, traversés par une fistule, une incision médiane divisant les parties malades tombe sur la première.

Cela fait, une sonde cannelée mince, ou un stylet cannelé est introduit d'arrière en avant à travers le rétrécissement, à la rencontre d'un cathéter spécial Si le passage se fait aisément, la partie rétrécie est incisée comme dans le procédé de Syme. Si au contraire on ne peut faire passer aucun instrument conducteur, le canal est ouvert en avant du rétrécissement, et alors le cathétérisme est de nouveau tenté d'avant en arrière. Si le cathétérisme est impossible, il incise toute la partie malade, en ayant soin de ne pas dépasser la limite supérieure de l'urèthre.

Cela fait, une sonde est introduite dans la vessie et changée aussi souvent qu'il en est besoin.

Cette opération délicate a été pratiquée six fois avec succès avec le concours de MM. Guersant, Hervez de Chégoin, Denonvilliers et Ricord.

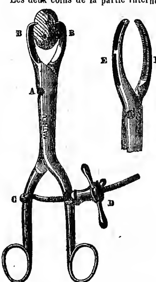
Cette opération, ajoute M. Demarquay, a été indiquée par Jean-Louis Petit et M. Sédillot lui-même; il a donc, suivant lui, réalisé sur le vivant un procédé opératoire qu'il avait beaucoup étudié sur le cadavre il y a quinze à seize ans, quand il était prosecteur.

Les malades soumis à cette opération guérissent très-bien, éprouvent peu d'accidents, et il se fait une véritable uréthrogénie, car le canal se reforme sur la sonde introduite dans la vessie comme sur un moule. (*Académie de médecine.*)

Tenette à pression. M. Mathieu soumet à l'examen de l'Académie une nouvelle tenette dite à pression, qu'il a fabriquée pour M. Nélaton, pour briser les gros calculs dans l'opération de la taille périnéale et prérectale.

Cette tenette, d'un petit volume, puisqu'elle peut être introduite dans une incision de 3 centimètres, se compose de deux mors B B formant doubles coins, disposés en sens inverse. de manière qu'en exerçant une forte pression au moyen d'une vis à volant, l'on fait éclater la pierre en trois morceaux.

Les deux coins de la partie interne



du mors séparent la pierre dans le sens longitudinal et les deux autres coins de la partie supérieure la séparent dans le sens vertical.

Les deux branches peuvent être introduites isolément, et réunies ensuite par un tenon à ressort A qui les empêche de se séparer.

Cet instrument est simple; la manœuvre en est facile. La vis et le volant peuvent être enlevés et placés aisément. La figure E F représente le même instrument ayant des mors fenêtrés, deux arêtes striées formant ensemble un porte-à-faux. (*Académie de médecine.*)

Nous recevons de M. le président de la Société de thérapeutique la lettre suivante :

A M. le docteur Bricheteau, rédacteur en chef du Bulletin général de Thérapeutique, *membre de la Société de thérapeutique, etc.*

Très-honoré collègue,

Vous avez bien voulu annoncer, dans votre numéro du 28 février dernier, qu'une Société de thérapeutique venait d'être fondée à Paris dans le but de reprendre l'étude des agents principaux de la matière médicale au moyen de l'observation clinique, de l'expérimentation sur les animaux et des recherches bibliographiques. Je vous remercie de cette publicité ; mais je me crois obligé de réclamer contre l'ordre d'importance et la subordination que vous semblez assigner à nos travaux. Vous dites :

« Elle (la Société) désire surtout susciter de nombreuses expériences sur les animaux, pour qu'on puisse bien apprécier l'action physiologique des médicaments ; puis, la clinique viendra en dernier lieu donner son contrôle et montrer la véritable action thérapeutique. »

Il faut, selon moi, renverser cet ordre, placer l'observation clinique au premier rang et mettre au second l'expérimentation sur les animaux.

L'observation clinique doit commencer et finir, car elle est tout à la fois le point de départ et le but. L'expérimentation, interdite sur l'homme malade, permise, commandée même sur les animaux au profit de l'homme, est un moyen d'analyse et d'explication dont je proclame l'utilité aussi haut que qui que ce soit, mais elle n'est qu'un moyen.

Partir du malade avec les données de l'expérience pure et simple, y revenir avec cette expérience éclairée par la physiologie et la thérapeutique générale, telle me paraît être la méthode. Autrement, la physiologie serait le but vis-à-vis duquel la médecine ne serait plus qu'un moyen.

Je crois être l'organe de la Société de thérapeutique qui m'a fait l'honneur de m'élire cette année pour son président, en interprétant ainsi son esprit et ses intentions. Je suis bien sûr aussi d'exprimer dans ces lignes la pensée de l'illustre professeur honoraire de thérapeutique qu'elle a acclamé son président d'honneur.

Agréez, etc. H. Pidoux.

Paris, le 11 mars 1867.

VARIÉTÉS.

Société médicale des hôpitaux de Paris.

Prix Phillips. — La Société n'ayant reçu aucun travail pour le prix fondé par M. Phillips, a décidé que la valeur du prix sera portée à 2,000 francs, et propose la question suivante :

« Rechercher et démontrer jusqu'à quel point la méningite tuberculeuse peut être guérie ou prévenue et quels sont les moyens les plus propres à atteindre ce double résultat. »

La Société recommande aux concurrents les divers points suivants comme pouvant aider la solution de la question :

1° Un relevé des observations publiées en divers temps sous les noms d'hydrocéphale, de fièvre cérébrale, de méningite granuleuse ou tuberculeuse, s'attachant surtout à celles qui ont été citées comme des cas de guérison ; faire voir si ce sont bien des cas de méningite tuberculeuse, à quels degrés ils étaient, s'ils ont été réellement guéris et par quels moyens. Apporter, autant que possible, des observations nouvelles.

2° Un examen des familles vouées à la méningite tuberculeuse, afin de voir comment certains membres échappent ou succombent, et voir si l'on peut en déduire une médecine préventive.

3° Interroger les antécédents de ceux qui sont actuellement atteints pour voir s'il n'y a pas déjà eu des manifestations antérieures ; savoir comment ces premières poussées ont été conjurées, et en déduire, si faire se peut, une médication préventive ou curative.

4° Etudier les constitutions médicales où la méningite tuberculeuse semble presque épidémique. Chercher en elles des causes de la méningite tuberculeuse, autres que la diathèse, et déduire de ces causes des moyens de traitement préventif et même curatif.

5° Comparer les degrés de fréquence de la méningite tuberculeuse dans les campagnes et dans les villes, et en tirer des preuves relatives à une médecine prophylactique.

Les mémoires, écrits en français, doivent être inédits et adressés avant le 1er avril 1870 à M. le docteur Lailler, secrétaire général de la Société, rue Caumartin, 22.

Chaque mémoire devra porter une devise qui sera répétée sur un pli fermé et cacheté joint au mémoire et contenant le nom de l'auteur, qui ne pourra se faire connaître avant la décision de la Société.

Par décret en date du 24 février 1867, rendu sur la proposition du ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur, en raison du dévouement dont ils ont fait preuve pendant la dernière épidémie cholérique, savoir :

Au grade d'officier : M. le docteur Cazeneuve, directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie, à Lille, chevalier du 29 septembre 1853.

Au grade de chevalier : MM. les docteurs Castelain, médecin à Lille ; Paquet, médecin à Roubaix ; Dansou, médecin des épidémies de l'arrondissement de Béthune ; Le Provost, médecin à Caen ; Daniel, médecin des épidémies de l'arrondissement de Brest; Galicier, médecin à Pont-Rousseau (Loire-Inférieure).

M. le docteur Constantin Paul, agrégé de la Faculté, vient d'être nommé médecin adjoint du Sénat, en remplacement de M. le docteur Fouquier, décédé.

Par arrêté ministériel en date du 25 février, M. le docteur Ladreit de la Charrière a été nommé médecin en chef de l'institution impériale des sourds-muets, en remplacement de M. le docteur Blanchet, décédé.

M. Coste, professeur de pathologie externe et de médecine opératoire à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux, est admis, sur sa demande et pour cause d'infirmités, à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

M. Labat, suppléant pour les chaires de chirurgie à l'Ecole préparatoire de

médecine et de pharmacie de Bordeaux, est nommé professeur de pathologie externe et de médecine opératoire à ladite Ecole en remplacement de M. Coste.

M. Lanelongue, chef des travaux anatomiques à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux, est nommé suppléant pour les chaires de chirurgie à ladite Ecole, en remplacement de M. Labat, appelé à d'autres fonctions.

École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon. — M. Tarnier (Émile), docteur en médecine, suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie, chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de medccine et de pharmacie de Dijon, est nommé professeur adjoint de clinique externe à ladite école, en remplacement de M. Chanut, nommé professeur honoraire.

École de médecine de Marseille. — M. le docteur Favre, ancien interne des hôpitaux de Paris, est nommé suppléant pour les chaires de pathologie et de chimie médicales à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille.

Un arrêté du ministre d'État et des finances, vice-président de la commission impériale de l'Exposition universelle, porte :

Art. 1er. — Un service médical est institué dans les enceintes de l'Exposition, au Champ de Mars et à Billancourt.

Ce service, après avoir donné les premiers soins, veille à ce que les malades ou les blessés soient transportés, dans les conditions convenables, à leur domicile ou aux hôpitaux.

Il assure des soins permanents aux agents français ou étrangers admis à résider dans les enceintes de l'Exposition.

Art. 2. — Une ambulance, pourvue du personnel et du matériel nécessaires, est établie dans le pourtour du palais du Champ de Mars.

Les chefs du service médical se concerteront pour qu'un docteur en médecine s'y tienne à la disposition du public, à toute heure du jour et de la nuit.

Art. 3. — Le service médical comprend :

Un médecin en chef, sept médecins principaux, vingt-huit médecins ordinaires.

Le médecin en chef est choisi parmi les professeurs de la Faculté de médecine de Paris. Il préside à l'organisation et à la direction du service, et il en est responsable envers la commission impériale.

Les médecins principaux sont choisis parmi les professeurs agrégés de la Faculté ou parmi les médecins et chirurgiens des hôpitaux. Ils sont chargés à tour de rôle de la direction du service médical de jour et de nuit. Chacun d'eux est assisté par quatre médecins ordinaires, et se concerte avec eux pour assurer le service journalier. Les médecins principaux sont responsables envers le médecin en chef.

Les médecins ordinaires sont choisis parmi les docteurs en médecine. Ils sont responsables envers le médecin principal qu'ils assistent.

Art. 4. — Sur la proposition d'un médecin principal et du médecin en chef, des docteurs en médecine à titre d'auxiliaires peuvent être adjoints aux médecins ordinaires.

Art. 5. — Chaque semaine le médecin en chef se concerte avec les médecins principaux pour arrêter la répartition du service. Un tableau indiquant cette répartition est affiché dans l'une des salles de l'ambulance.

Art. 6. — Chaque jour il est alloué, à titre d'indemnité de déplacement, aux médecins qui sont de service à l'ambulance, une somme de 25 francs.

Est nommé médecin en chef : M. le docteur Gosselin, professeur à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital de la Pitié, membre de l'Académie de médecine.

Sont nommés médecins principaux : MM. Blachez, médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté de médecine; Desnos, médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté de médecine; Houel, chirurgien des hôpitaux, agrégé de la Faculté de médecine; Labbé, médecin des hôpitaux; Paul (Constantin), chirurgien des hôpitaux, agrégé de la Faculté de médecine; Tillaux (P.), chirurgien des hôpitaux, agrégé de la Faculté de médecine.

Sont nommés médecins ordinaires, les docteurs en médecine dont les noms suivent : MM. Barheu-Duhourg, Barré, Bertholle, Boucard, Brémont, Davesne, Desortiaux, Elleaume, Fabre, Fagct, Gallois, Hulot, Jarriand, Ladreit de la Charrière, Lebatard, Lecorché, Ley, Malhéné, Moynier (Eugène), Portefaix, Saurel, de Vauréal, Verliac, Wertheim.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Du traitement hygiénique et thérapeutique de la goutte [1];

Par M. le docteur Durand-Fardel, médecin inspecteur des sources d'Hauterive, à Vichy, vice-président de la Société d'hydrologie médicale de Paris, etc.

II. — TRAITEMENT.

La goutte est certainement une maladie dont le traitement méthodique doit être le plus simple et le plus dégagé de formules et de prescriptions. C'est cependant un de ceux qui ont fait les emprunts les plus nombreux à la matière médicale, et qui, depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours, ont le plus encombré les recueils de recettes et de médications de toutes sortes. Je renverrai aux traités spéciaux pour tout ce qui concerne cette partie fort stérile de l'histoire de la goutte, et tout au plus intéressante pour l'histoire de l'art, si ce n'est pour la pratique. Je me bornerai à tracer les principales règles qui doivent présider à la ligne de conduite du médecin vis-à-vis : A, de la diathèse goutteuse ; B, des manifestations goutteuses régulières ; C, des accidents de la goutte. Telle sera la division naturelle de cette étude.

A. *Traitement de la diathèse goutteuse.* — J'ai déjà fait observer qu'il n'existe pas, à proprement parler, de traitement médicamenteux de la goutte, mais seulement un traitement hygiénique, c'est-à-dire que les médications de la goutte sont à peu près exclusivement du ressort de l'hygiène. Quant à ce dernier point, s'il n'est guère permis d'assigner de causes directes à la goutte, il est cependant un ensemble de circonstances, se rattachant aux habitudes hygiéniques, au milieu social, aux conditions climatériques, au sexe, à l'âge, qui paraissent directement favorables à son développement, et parmi lesquelles on la voit le plus souvent apparaître. La direction hygiénique indiquée par l'existence de l'affection goutteuse elle-même se trouve donc naturellement indiquée par ces mêmes circonstances, dont il importe de s'écarter le plus possible, en les remplaçant par des conditions opposées. Cependant il est utile de fournir quelques éclaircissements sur ce sujet.

La diététique des goutteux est un des points sur lesquels l'attention s'est toujours portée spécialement. Mais il ne faut pas la rat-

[1] Suite, voir la précédente livraison, p. 193.

tacher trop étroitement au côté chimique de la pathogénie de la goutte, telle qu'il est permis de la concevoir. De ce que l'on a reconnu que l'affection goutteuse est caractérisée par une assimilation imparfaite des principes protéiques, et par la présence de l'acide urique en excès dans le sang, et de l'urate de soude dans les tissus, il ne s'ensuit pas qu'il y ait nécessité de réduire le plus possible l'introduction de ces principes par l'alimentation. Etant donnée l'anomalie qui préside à ce vice d'assimilation, il faut reconnaître que cette anomalie s'exerce aussi bien sur une faible proportion que sur une proportion considérable des principes introduits. Sans doute il convient d'éviter cette introduction excessive, qui ne fait qu'ajouter aux conséquences fâcheuses de l'anomalie ; mais il n'est pas nécessaire de la réduire au delà d'une limite moyenne. En un mot, la proportion des principes protéiques introduits ne saurait agir en aucune façon sur la diathèse elle-même, tout en exerçant une influence incontestable sur ses manifestations.

L'hygiène diététique des goutteux doit être exactement la même que toute hygiène diététique bien ordonnée, c'est-à-dire qu'elle doit se mesurer, en tenant compte des besoins individuels et idiosyncrasiques, sur le rapport de l'alimentation avec l'exercice. « Un homme qui mange beaucoup, dit Liebig, doit faire beaucoup d'exercice, sans quoi la quantité d'oxygène qu'il absorbera dans l'état de repos sera insuffisante. De même, un individu dont les organes digestifs sont faibles ne doit pas se livrer à un exercice trop actif, parce que l'exercice oblige à prendre une quantité considérable de nourriture, ce qui serait incompatible avec l'état de ses organes [1]. »

Le point essentiel est de maintenir l'organisme dans les conditions que nous savons les plus favorables à une assimilation parfaite des principes introduits. Ces conditions, outre la régularité de l'alimentation et une pondération convenable entre les divers éléments qu'elle introduit, sont représentées essentiellement par l'exercice, l'exercice qui, par l'activité imprimée à la respiration, tend à introduire dans le sang une plus grande proportion d'oxygène, élément essentiel de combustion des principes immédiats et, par l'activité imprimée au système musculaire, tend à accélérer les phénomènes intimes d'oxydation, de rénovation des tissus ou des transformations organiques. Je n'entends pas ici les exercices violents et intermittents que l'on fait si souvent alterner avec des habi-

---

[1] Liebig, *Lettres sur la Chimie*, 1845, p. 228.

tudes sédentaires ou inertes, mais l'exercice habituel ou méthodique, ce que l'on pourrait appeler l'exercice digestif, la marche, la gymnastique de chambre, en particulier d'après le système Pichery, etc.; enfin, l'activité musculaire dépensée d'une façon quelconque.

La matière des aliments intéresse beaucoup moins que la proportion nécessaire, la régularité des repas, l'égalité dans le régime, et une attention scrupuleuse à tout ce qui pourrait venir troubler l'accomplissement de la digestion. Il faut prendre ici la digestion dans la même acception que les anciens médecins. Lorsque Sydenham disait : « Toutes les maladies chroniques dépendent, si je ne me trompe, d'une même cause universelle, qui est l'*indigestion des humeurs ;* » ou bien : « Je nomme *digestifs* tous ces remèdes qui conservent les différents organes sécréteurs ou excréteurs dans un état convenable pour bien faire leurs fonctions [1], » il exprimait d'une manière très-claire ce que nous devons entendre ici.

On sait quelle action exercent sur la digestion stomacale, c'est-à-dire sur la préparation des principes immédiats, une foule d'influences hygiéniques empruntées à la matière de l'hygiène, aux conditions affectives, aux occupations intellectuelles, à l'exercice, au milieu ; et les *ingesta* importent beaucoup moins que les *acta*, *circumfusa*, etc. Ces mêmes influences se font aussi bien sentir sur les derniers termes de la digestion, ou sur ceux qui sont afférents à l'assimilation, que sur les premiers.

Ceci nous amène à un ordre d'idées aussi important au point de vue physiologique qu'au point de vue pratique. C'est que l'état de l'innervation joue dans la goutte un rôle non moins considérable que l'alimentation. Dans le milieu secret où se passent les phénomènes qui nous occupent, l'intervention du système nerveux est incessamment présente. Dans l'habitude de la vie et dans les anomalies passagères de la meilleure santé, c'est à elle qu'il faut rapporter la majeure partie des phénomènes qui s'offrent, et qui souvent échappent à l'observation. La goutte est peut-être une des maladies où il importe le plus d'en tenir compte. Mais, indépendamment de la part qu'elle peut prendre à la marche sourde et continue de l'affection diathésique, son influence se fait sentir sous deux aspects très-distincts.

Tout ce qui vient troubler et particulièrement exciter le système

---

(1) Sydenham, *De la goutte* in *Encyclopédie des sciences médicales*, 1835, p. 271 et 269.

nerveux, tend à réveiller les manifestations goutteuses, régulières ou irrégulières, suivant les conditions du sujet. Mais tout ce qui conduit à la dépression du système nerveux offre une bien autre gravité, et tend à précipiter la marche de la goutte vers la chronicité et la cachexie, et à ouvrir la porte à toutes les déviations organiques de l'affection ; car, plus la goutte est chronique, plus elle est régulière ; plus elle est asthénique et plus elle est irrégulière. Telles sont les influences qu'exercent les boissons alcooliques, les abus érotiques, et l'ensemble des conditions énervantes qui condamnent tant d'existences voluptueuses aux gouttes les plus graves.

C'est pour cela qu'il importe à un si haut point de ne pas imposer à la diététique des goutteux cette direction systématique et inflexible à laquelle conduit la considération exclusive des manifestations chimiques de la goutte. J'ai peut-être vu plus de goutteux souffrir de l'abstinence systématique de viandes et de vin que de l'abus d'une alimentation trop riche. Ceci est un point sur lequel je ne saurais trop insister.

A l'époque de l'efflorescence de la goutte, et lorsqu'il s'agit d'une constitution vigoureuse et pléthorique, l'abstinence de vin et de viande, ou au moins un régime très-sévère dans ce sens, peut être en effet indiquée et rendre de grands services. Mais il n'y faut point persévérer trop longtemps. Les conditions physiologiques de l'organisme changent avec les années, et tel régime salutaire à une époque devient nuisible plus tard. Ce serait une grande erreur de croire que le régime de Cornaro, tant célébré dans toutes les physiologies, convienne à tout le monde. Un tel régime serait, dans tous les cas, plutôt le fait des gens bien portants que des goutteux.

Les exemples de gouttes articulaires enrayées par la continuité d'une diète monastique appartiennent surtout à des gouttes peu prononcées, acquises, et où la diathèse ne tient pas à l'organisme par des racines profondes. Mais, dans les gouttes héréditaires et considérables, je ne pense pas que ce régime soit applicable sans de graves inconvénients. Il est incontestable qu'on le voit souvent amener un amendement considérable ou une interruption complète dans les déterminations goutteuses actuelles; mais, comme il n'y a pas à compter, dans les cas de ce genre, sur la guérison de la diathèse, il faut s'attendre à la voir reparaître plus tard sous des formes nouvelles, et auxquelles l'organisme, désarmé par une réparation insuffisante, ne pourra plus fournir des éléments appropriés de réaction et de résolution.

Du reste, il ne saurait y avoir rien d'absolu dans tout ceci. Une

observation attentive indiquera les modifications que le régime de chaque individu pourra exiger. J'ai voulu seulement prémunir contre des idées préconçues que les médecins laissent trop souvent dominer dans leur esprit, ou dans celui des malades.

Je pense que ces considérations suffisent, et me dispensent d'entrer dans de plus grands détails sur l'hygiène salutaire aux goutteux. Mais je ne puis terminer ce chapitre relatif au traitement diathésique de la goutte sans étudier deux sortes de médications qui y tiennent une place fort inégale pour leur valeur respective, le *colchique* et les *eaux minérales*.

Le *colchique* tient une telle place dans la thérapeutique de la goutte, et particulièrement dans le traitement empirique de cette maladie, qu'il me paraît indispensable de donner à son étude une attention toute particulière. On sait que l'emploi du colchique, après avoir joui d'une assez grande vogue en thérapeutique, et dans le traitement des hydropisies en particulier, se trouve aujourd'hui à peu près relégué dans le traitement du rhumatisme, et très-spécialement de la goutte, et qu'il entre dans la plupart des remèdes secrets et populaires qui sont à l'usage des goutteux.

MM. Trousseau et Pidoux exposent de la manière suivante l'action physiologique du colchique : « Nous remarquerons d'abord que le colchique, suivant la saison, le pays où il a été recueilli, renferme des principes essentiellement différents ; qu'ainsi un principe sucré et amylacé à une certaine époque est remplacé plus tard par un poison fort énergique, la *vératrine ;* cela sert à expliquer la divergence d'opinion des auteurs qui administraient à des animaux des bulbes de colchique ; les uns ont signalé leur action vénéneuse, les autres ont contesté qu'ils continssent autre chose qu'un principe irritant qui n'était pas, à beaucoup près, aussi dangereux qu'on se plaisait à le dire. Lorsqu'on a pris une dose un peu élevée de colchique, il y a, suivant la plupart des expérimentateurs, de la chaleur d'estomac, des nausées et même une sorte de strangulation, phénomène qui s'observe toutes les fois qu'on a pris de la vératrine ; la fréquence du pouls diminue, la peau devient chaude et sèche ; les urines deviennent copieuses ; il y a des coliques et de la diarrhée. Si la dose est très-élevée, il survient un véritable empoisonnement, lipothymie, tremblements, roideurs tétaniques, convulsions, vomissements, superpurgations... (Mérat et de Lens). Suivant d'autres médecins, les doses même élevées de colchique ne donnent lieu qu'à quelques vertiges, à des vomissements, à de la diarrhée et à une plus abondante évacuation d'urine. Que si main-

tenant nous résumons ce qui a été dit sur l'action physiologique du colchique, nous dirons que, d'un accord presque unanime, ce médicament produit, à des doses modérées, de légers vertiges, de la diarrhée, quelques nausées et une plus grande abondance d'urine... Les expériences que nous avons instituées dans le traitement du rhumatisme aigu nous ont démontré que, si le colchique avait une influence évidemment heureuse dans le traitement du rhumatisme, cette influence n'était pas en somme plus évidente que celle des purgatifs drastiques que nous expérimentions comparativement. Lorsque, dans le rhumatisme aigu ou chronique, nous donnions le colchique de manière à ne pas produire d'effet laxatif, nous n'observions pas d'effets thérapeutiques appréciables [1]. »

MM. Bouchut et Desprès se bornent à attribuer au colchique une action diurétique et drastique [2].

Garrod a étudié avec beaucoup de soin la question du colchique, qui tient du reste plus de place dans la pratique des médecins anglais que dans la nôtre. J'analyserai succinctement ses observations sur ce sujet.

Les effets physiologiques attribués au colchique, d'après les expériences faites sur les animaux et la toxicologie, sont ceux d'un topique âcre et énergique, et d'un sédatif du système nerveux. Mais, en thérapeutique, il est difficile de définir à quelles propriétés physiologiques il est permis d'attribuer son action spéciale dans la goutte.

L'action purgative du colchique est très-infidèle, et il importe de reconnaître qu'elle n'est nullement nécessaire pour qu'on obtienne de ce médicament les résultats thérapeutiques qu'on recherche.

Cette double remarque de Garrod est tout à fait conforme avec mes propres observations. Le colchique, employé à dose méthodique et de la manière que j'indiquerai tout à l'heure, ne purge que dans le plus petit nombre des cas. Il détermine alors quelques coliques et des selles aqueuses assez abondantes. Mais c'est surtout alors qu'il ne purge pas que je l'ai vu déterminer les effets sédatifs les plus prononcés. Son action diurétique ne m'a paru ni plus marquée ni plus nécessaire que son action purgative.

Garrod a particulièrement étudié l'action du colchique sur la

---

(1) Trousseau et Pidoux, *Traité de thérapeutique et de matière médicale*, t. I, p. 647.

(2) Bouchut et Desprès, *Dictionnaire de thérapeutique et de matière médicale*, 1866, p. 284.

composition de l'urine. Il employait le vin de colchique à des doses qui ne sont pas suffisamment déterminées pour que je puisse les reproduire. Voici les conclusions de ses observations : on ne saurait admettre que le colchique produise ses effets thérapeutiques en augmentant la sécrétion d'acide urique par les reins ; son usage poursuivi pendant un temps prolongé amène plutôt un résultat opposé. L'usage du colchique ne paraît exercer aucune influence sur la sécrétion de l'urine ni des principes solides de l'urine. Le colchique ne produit pas, dans tous les cas, une action diurétique ; au contraire, il diminue souvent la quantité de l'urine, spécialement lorsqu'il détermine un effet marqué sur les sécrétions du canal alimentaire.

Le oolchique paraît agir comme un sédatif de la circulation (observation du docteur Maclagan) et du système nerveux. Mais Garrod fait justement remarquer que la digitale, ainsi que les médicaments les plus sédatifs du système nerveux, n'exercent sur les manifestations de la goutte aucune action comparable à celle de ce médicament.

« L'influence puissante que le colchique sous ses formes variées, ajoute Garrod, exerce sur la marche de l'inflammation goutteuse est incontestable ; et cette action ne se borne pas à écarter des jointures les atteintes de la goutte, elle est également efficace dans les formes masquées et irrégulières de la goutte. Sir Henry Holland déclare que l'action du colchique est frappante et bien définie dans les formes chroniques de l'affection constitutionnelle, comme l'ophthalmie particulière aux goutteux, dans la bronchite goutteuse et dans une classe de céphalées qui se rattache à cette diathèse. Ma propre expérience est tout à fait d'accord avec celle de M. Holland, et j'irai jusqu'à assurer que l'on peut quelquefois distinguer la goutte d'autres formes d'inflammation, par la seule influence que le colchique exerce sur sa marche. » Aussi Garrod croit pouvoir déclarer que le colchique possède une action *spécifique* sur la véritable inflammation goutteuse, égale à celle du quinquina sur les maladies intermittentes [1].

Il me paraît difficile d'attribuer au colchique un véritable caractère de spécificité sur la diathèse goutteuse. Le colchique agit d'une manière incontestable et toute spéciale sur les manifestations goutteuses, sur les phénomènes fluxionnaires et douloureux. Mais il me paraît dépourvu de toute action sur la diathèse elle-même. Je n'in-

---

[1] Garrod, *loc. cit.*, p. 386 à 406.

voquerai pas de raisons théoriques à ce sujet, bien qu'il paraisse difficile de rapprocher l'idée d'une action médicamenteuse quelconque de ce que nous connaissons de la pathogénie de la goutte ; mais ceci, que la plupart des individus qui ont fait usage du colchique sont manifestement goutteux comme auparavant, mais d'une autre manière et pire.

Il est probable que le colchique agit ici principalement comme modificateur du système nerveux. Telle paraît être l'opinion définitive de M. Trousseau : « Le colchique et ses succédanés, dit-il, n'amènent le plus souvent ni diarrhée notable, ni sueurs profuses, ni flux exagéré d'urines, et la perturbation qu'ils causent semble se passer profondément dans le système nerveux (1). »

Voici quels sont les effets ordinaires du colchique : le médicament administré pendant un accès de goutte l'enraye dans la majorité des cas. La fluxion, la douleur et les phénomènes fébriles s'amortissent, et quelquefois disparaissent avec une extrême rapidité. Quelquefois l'accès enrayé se reproduit peu après, plus violent et surtout plus long qu'il n'eût dû être ; mais, en général, la solution en paraît satisfaisante. D'autres fois on voit, sous l'influence de ce médicament, les accès reparaître, moins violents, mais plus fréquents. Le colchique, pris dans la période prodromique de l'accès, réussit souvent aussi à en prévenir le développement.

De pareils résultats s'obtiennent en général facilement, et les occasions de les constater sont très-fréquentes. On faisait autrefois usage des pilules de Lartigue. Les pilules et le sirop de Laville sont aujourd'hui en faveur ; ces dernières préparations déterminent rarement les superpurgations qui suivaient souvent l'usage des pilules de Lartigue, et offensent beaucoup moins les voies digestives. Telle est la pratique familière aux goutteux : elle est, en général, indépendante de l'intervention médicale et le plus souvent lui est entièrement opposée. On comprend qu'il puisse être difficile de renoncer à cette sédation facile, en apparence inoffensive, et non pas infaillible, il s'en faut de beaucoup, ce qui n'est pas d'accord avec l'idée d'une spécificité absolue, mais très-commune, d'accidents aussi douloureux. Et je dois reconnaître qu'il est des individus qui s'y sont livrés, pendant de longues périodes, sans aucun inconvénient apparent. Mais c'est là le très-petit nombre.

L'innocuité apparente de cette médication aboutit, dans la plupart des cas, à des conséquences fâcheuses et même d'une extrême

(1) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1861, t. II, p. 355.

gravité. Quelquefois la goutte ne cesse pas d'être articulaire; néanmoins les accès francs et douloureux sont remplacés par des atteintes moins sévères, mais qui tendent peu à peu à devenir continues. Les déformations des jointures sont moindres qu'elles peuvent le devenir dans la goutte franche, mais les douleurs sont plus constantes ; en même temps le sang s'appauvrit, le système nerveux se trouble, et la tendance naturelle de la goutte à prendre un caractère cachectique se détermine avec une précocité et à un degré qui sont l'effet le plus certain de la médication.

Si l'on interroge les goutteux, on reconnaît que la grande majorité des goutteux cachectiques se rencontre parmi ceux qui ont fait un usage habituel des préparations de colchique ou autres, propres à enrayer les manifestations goutteuses régulières. Dans des cas non moins graves, la goutte articulaire cesse à peu près complétement de se montrer, et les malades présentent les troubles variés qui caractérisent la goutte anomale, ou des lésions organiques, toujours avec tendance hydrémique et cachectique.

Est-ce à dire pour cela qu'il faille renoncer absolument à l'emploi de ce médicament dans la goutte? Non assurément.

Lorsqu'un accès de goutte atteint des proportions exagérées, qu'il se prolonge outre mesure, il faut alors recourir à la médication la plus propre à l'atténuer ou à en abréger la durée. Les narcotiques et les tempérants de toutes sortes sont alors, en général, complétement dépourvus d'efficacité. J'ai l'habitude de prescrire, en pareil cas, la teinture alcoolique de semences de colchique, à la dose de 1 gramme, rarement 2, par vingt-quatre heures, associée à 1 gramme d'iodure de potassium et à l'eau distillée de laurier-cerise [1]. Si au bout de trois ou quatre jours on n'a obtenu aucune sédation, il ne peut y avoir que de l'inconvénient à prolonger cette médication, les voies digestives venant ordinairement alors à en souffrir. Le point important est de n'y avoir recours qu'alors que l'accès de goutte semble avoir atteint son apogée, et que l'expansion de la fluxion douloureuse paraît complète.

---

[1] M. Trousseau, qui n'administre guère le colchique que dans des circonstances identiques à celles que je viens d'indiquer, recommande avec raison la formule suivante, proposée par A. Becquerel :

Sulfate de quinine............................	1gr,50
Extrait de digitale............................	0 ,25
Extrait de semences de colchique................	0 ,50

Pour dix pilules.

(Trousseau, *loc. cit.*, p. 555).

Quant à administrer le colchique dès les prodromes ou le début de l'accès, je crois que c'est une pratique qu'il faut absolument rejeter. Garrod paraît donner cependant un semblable conseil. « Il y a de fortes raisons, dit-il, de regarder l'usage du colchique comme efficace pour prévenir une attaque (*in warding of an attack*), spécialement lorsque l'approche commence à s'en manifester ; les symptômes prémonitoires peuvent être dus au commencement de l'inflammation goutteuse, et seraient amendés par l'administration de ce médicament. » Je regrette de me trouver en désaccord avec ce médecin distingué, mais une pareille pratique ne me paraît pouvoir être signalée que pour être entièrement proscrite.

Le colchique fournit encore un adjuvant remarquable aux médications dirigées contre les *accidents* de la goutte, surtout lorsque ceux-ci paraissent sous l'influence directe de l'affection diathésique, sur les accidents aigus qui surviennent dans la goutte aiguë, sur les accidents de diverse nature qui viennent compliquer la goutte chronique. C'est à ce titre seulement que je reconnais quelque utilité à l'introduction du colchique dans la goutte chronique, recommandé par Garrod et par sir H. Holland. On peut remarquer que l'on utilise alors, dans un sens salutaire, les propriétés que possède le colchique d'agir sur les manifestations fluxionnaires et douloureuses de la goutte, et qui contre-indiquent précisément ce médicament vis-à-vis des déterminations régulières de la maladie.

Ce que je viens de dire au sujet du colchique s'applique également à toute préparation jouissant de propriétés analogues au sujet des manifestations goutteuses.

(*La fin prochainement.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Sur le traitement de la syphilis (1);

Par le docteur Dolbeau, agrégé de la Faculté, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.

Faut-il traiter la syphilis ? Quel est le meilleur traitement de la syphilis ?

Nous ne voyons guère plus, de nos jours, ces formidables désordres que provoquait, il y a deux ou trois siècles, l'introduc-

(1) Lu à la Société de chirurgie.

tion dans l'économie du virus syphilitique. Au dix-neuvième siècle, on ne meurt guère plus de la vérole. Faut-il en conclure que la vérole est mieux connue, mieux traitée? Cela est exact; mais là n'est pas toute la vérité. Pourquoi ne pas admettre que le virus syphilitique s'est modifié et épuisé en se transmettant de génération en génération, et cela à la manière du virus vaccin? L'expérience n'a-t-elle pas démontré que ce dernier virus s'était profondément affaibli, et qu'il était bien consolant pour l'humanité que de nouvelles éruptions de cow-pox eussent permis de régénérer ce précieux préservatif de la variole?

La question est fort complexe. Mais je crois que l'on peut admettre que la syphilis a diminué d'intensité, que généralement elle est bénigne, et que les divers degrés de la vérole peuvent être mis sur le compte des individus, ou, si vous l'aimez mieux, que l'influence du terrain est grande sur le développement de ce virus absolument affaibli.

Je l'ai déjà dit, et cela après beaucoup d'autres observateurs plus compétents, il y a vérole et vérole, faible, moyenne et forte. C'est pourquoi il est utile, pour juger du degré de l'infection sur tel ou tel individu, de laisser la syphilis suivre son évolution normale sans la modifier par un traitement préventif. Mais voici les accidents secondaires arrivés; la roséole, les plaques muqueuses témoignent surabondamment de l'infection syphilitique. Faut-il faire un traitement? C'est, messieurs, ce que nous avons tous fait. Faut-il donner du mercure? C'est probablement votre pratique à vous tous; mais ce n'est plus la mienne.

Quand je réfléchis, messieurs, que je connais, et vous aussi, bien certainement, des individus qui ont eu un chancre suivi de roséole, et qui n'ont plus eu de manifestations, quoiqu'ils n'aient suivi aucun traitement; quand je compte les observations nombreuses de syphilis non traitées qui se présentent journellement à notre examen, à la dernière période de l'évolution, — je veux parler de ces accidents tertiaires que nous guérissons si facilement avec l'iodure de potassium, quoique les malades n'aient jamais subi aucun traitement mercuriel; — quand, enfin, je repasse dans mon esprit les nombreux cas de récidive que j'ai observés après les traitements les mieux faits, je me demande à quoi sert le traitement mercuriel.

Messieurs, je ne viens pas ici faire encore une fois le procès au mercure. Nous savons tous les inconvénients inhérents à la médication mercurielle : chloro-anémie, défibrinisation du sang, stomatites, etc., etc. Tout cela n'est rien pour qui sait manier ce bon

médicament. Mais à quoi sert le mercure contre la syphilis? — J'ai vu, à Lourcine, des femmes qui avaient été traitées par mes prédécesseurs, Cullerier, Bauchet, MM. Verneuil, Simonet, etc.; elles avaient pris des préparations mercurielles pendant des semaines, des mois, et elles se présentaient toutes avec l'éternelle plaque muqueuse qui s'observe avec tant de libéralité dans l'hôpital que je viens de citer. A quoi avait servi le traitement? Je n'en sais rien.

La vérole a diminué d'intensité, elle eût été bien autre sans le traitement : voilà la réponse qu'on sera peut-être tenté de faire à ma question. Mais ce n'est pas un argument, ainsi que je vous l'ai déjà dit.

Quelques-unes des malades traitées à Lourcine ont certainement guéri, mais il reste à démontrer que celles-ci n'étaient pas dans la catégorie des individus dont je vous parlais il n'y a qu'un instant, et qui guérissent de la syphilis spontanément en dehors de toute médication.

Abandonnez vos malades sans traitement, ils guériront de leurs accidents secondaires, mais attendez la fin, et vous verrez. Voilà, messieurs, une sentence que m'ont souvent formulée les disciples de l'école du Midi. La question vaut la peine d'être résolue, j'ai comme vous une conscience qui parle, et je veux être en paix avec moi-même. Creusons donc plus avant le sillon :

1° Certains malades guérissent définitivement et par les seuls efforts de la nature; 2° beaucoup de sujets, non traités par le mercure, se montrent journellement dans les hôpitaux généraux avec des accidents tertiaires, et l'iodure de potassium les guérit toujours et parfois même avec une rapidité merveilleuse.

Voilà deux arguments qui permettent d'être plus en paix avec soi-même, en supposant qu'on ne donne pas de mercure aux individus qui ne sont encore qu'au début de la vérole.

Il reste les cas de syphilis malignes, mais vous savez que les toniques sont seuls employés, et que dans ces cas les préparations mercurielles sont nuisibles, de l'aveu de tous les praticiens.

J'attends des preuves en faveur du traitement mercuriel. Ce que j'ai vu m'a peu convaincu de l'efficacité de cette thérapeutique; non pas que je nie l'action du mercure, mais je crois que les sels mercuriels modifient l'évolution de la syphilis, la retardent peut-être, mais qu'ils ne la guérissent jamais. Pourquoi ne pas supposer que la syphilis abandonnée à elle-même subit une évolution naturelle? Pourquoi ne pas se contenter des topiques contre les manifestations

primitives et secondaires? On gagnerait ainsi la période ultime, qui cède si manifestement à l'iodure de potassium.

La syphilis abandonnée à elle-même peut guérir, ou arriver sans encombre jusqu'à la période tertiaire. Les individus traités par le mercure ne guérissent pas absolument de la vérole, ils ont des récidives fréquentes, et ils arrivent, comme les autres, à la période des gommes et des exostoses. Voilà les raisons pour lesquelles j'ai abandonné le traitement mercuriel.

Depuis plusieurs années j'ai expérimenté le bichromate de potasse comme antisyphilitique. Permettez-moi, messieurs, de vous exposer le plus brièvement possible le résultat de mes observations à ce sujet. Vous verrez que mes conclusions ne sont pas exclusives et qu'il y a peut-être là un nouvel argument contre la médication mercurielle.

En 1863, un jeune homme dont je connais la famille et que j'ai l'occasion de revoir fréquemment vint me consulter pour un chancre induré de la verge avec pléiades inguinales, roséole très-évidente, plaques muqueuses de l'isthme du gosier. L'infection remontait à cinq semaines; je prescrivis à mon client les pilules de proto-iodure à la dose de 5 centigrammes chaque matin. Deux jours après, le malade revenait avec une stomatite intense, de la salivation. Je fis suspendre, et bientôt nous recommencions l'usage des pilules. Les mêmes accidents reparurent, mais j'exigeai que le malade continuât l'usage du médicament, espérant que la tolérance s'établirait bientôt. Il fallut cependant s'arrêter, car la salivation était extrême, le malade souffrait énormément, l'état général laissait à désirer.

Les purgatifs, le chlorate de potasse firent cesser les accidents, mais il fut nécessaire de continuer l'usage de ces moyens pendant plus d'un mois.

Dans cet intervalle, des plaques muqueuses s'étaient montrées sur le scrotum, à la marge de l'anus. Je conseillai la liqueur de Van Swieten, à la dose de 10 grammes chaque jour, dans une tasse de lait. La stomatite reparut bientôt, et il me fut impossible de continuer l'usage du sublimé.

J'en étais là, désespéré, car alors j'avais une foi entière dans le mercure, lorsque je rencontrai un de mes amis, le docteur Leroux, chirurgien adjoint de l'hôpital de Versailles. Notre confrère me fit part de quelques essais qu'il venait de faire avec le bichromate de potasse. Les résultats étaient satisfaisants et les accidents se réduisaient à quelques troubles gastriques de peu de durée.

J'ordonnai donc à mon malade des pilules de bichromate de po-

tasse. Cette nouvelle médication fut bien tolérée, et au bout de six semaines, c'est-à-dire cinq mois après le début des accidents, toutes les manifestations syphilitiques avaient disparu. Je fis prendre à mon malade l'iodure de potassium pendant un mois; je lui conseillai les bains sulfureux. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis plus de trois ans, aucun symptôme syphilitique n'a pu être constaté de nouveau.

L'année suivante, janvier 1864, un de nos artistes les plus distingués vint me consulter pour des plaques muqueuses répandues sur toute la surface des téguments; quatre mois auparavant, il avait contracté un chancre qui avait duré sept semaines.

La syphilis était évidente, je le déclarai et j'engageai le malade à prendre du mercure. Quoique très-intelligent, mon artiste me débita toute espèce de sottises sur les effets funestes du mercure; il avait lu, disait-il, les ouvrages de Raspail, et déclarait qu'il ne voulait point se traiter par les sels de mercure. En présence de cette opposition, je songeai au bichromate. Cette médication fut acceptée, et après deux mois et demi tous les accidents cessèrent. La cure fut terminée par l'iodure de potassium et les bains sulfureux.

Depuis, le malade, que j'ai revu bien des fois, n'a jamais présenté de symptômes syphilitiques.

Presqu'en même temps je traitai, par le bichromate, un jeune homme qui m'était adressé par un médecin d'Enghien. Il guérit bien d'un chancre et de plaques muqueuses des amygdales.

Le traitement dura au moins deux mois. J'avais perdu de vue ce malade, lorsque je l'ai rencontré, l'été dernier, à l'Hôtel-Dieu; il était devenu étudiant en médecine, et j'ai pu savoir que la guérison persistait; la santé générale est excellente.

J'ai également guéri, après quatre mois et demi de traitement par le bichromate, un homme de soixante ans qui portait un large chancre de la lèvre inférieure avec plaques muqueuses de la gorge et roséole. J'ai revu le malade il y a quelques jours; il est toujours bien. L'observation a été recueillie à l'Hôtel-Dieu, où le malade a fait un séjour de six mois.

J'avais parlé de ces faits dans une leçon clinique; l'un de mes auditeurs, étudiant en droit, me fit visite, s'offrant de constater sur lui-même les effets du bichromate de potasse; il avait un chancre, des plaques muqueuses de la gorge et de la peau, des croûtes dans les cheveux, etc.

La guérison de tous ces accidents a eu lieu après trois mois de

traitement. J'ai revu mon malade et je suis certain qu'il ne manquerait pas de me prévenir si la récidive survenait.

En 1865, alors que j'étais chirurgien de l'hôpital de Lourcine, j'avais sous ma direction deux salles de malades. Dans la première, toutes les femmes furent traitées par le bichromate de potasse *intus et extra*. Dans la seconde, on donnait la liqueur de Van Swieten. Toutes ces syphilitiques ont été également débarrassées de leurs accidents, peut-être un peu plus lentement pour celles qui prenaient le bichromate de potasse.

Je vous ai déjà dit, messieurs, que les récidives s'observaient journellement à l'hôpital de Lourcine, quoique les malades eussent suivi un traitement mercuriel pendant deux et trois mois. Il était donc désirable de savoir dans quelles proportions les récidives auraient lieu après l'usage du bichromate de potasse. A ce sujet, j'ai fait des recherches dont voici les résultats.

Les malades de Lourcine sont assez fidèles à l'établissement; quand elles sont atteintes de nouveaux accidents, il est rare qu'elles ne se présentent pas de nouveau. On peut donc, en consultant les registres de l'hôpital, estimer approximativement le nombre des récidives.

131 malades atteintes de syphilis ont été traitées dans mon service pendant l'année 1865; sur ce nombre, 80 ont pris le traitement mercuriel, et, depuis, 44 de ces malades ont été admises pour des récidives; 44 récidives sur 80, c'est un peu plus de moitié. 51 femmes ont pris le bichromate de potasse et sur ce nombre il y a eu 30 récidives.

Pour bien apprécier ces faits, il faudrait tenir compte de la durée du traitement, ce qui est extrêmement variable, suivant les cas. Je donne les chiffres tels que je les ai recueillis.

Ne croyez pas, messieurs, que mes conclusions soient favorables à l'emploi du bichromate de potasse; non, je suis et je veux rester dans le doute. Mais ce que je puis affirmer, c'est que l'usage de ce médicament a été sans inconvénient, qu'il n'a pas empêché les accidents de disparaître, et que, par conséquent, on peut en conseiller l'essai.

Je terminerai donc en posant un dilemme : 1° ou bien le bichromate de potasse est un antisyphilitique, ou bien il est sans action sur la vérole; 2° si le bichromate est un antisyphilitique, il est préférable au mercure, qui a des inconvénients multiples; mais si le bichromate est sans action sur la vérole, il faut conclure que cette maladie abandonnée à elle-même peut suivre son évolution et guérir

spontanément, sans l'intervention des préparations mercurielles.

Dans ce qui précède, je n'ai fait allusion qu'aux faits les plus ordinaires, j'ai laissé de côté les exceptions; car si, pour juger une pareille question, on entrait dans l'exposé des faits particuliers, anormaux, il serait impossible d'arriver à une solution de l'intéressant problème que j'ai cru devoir poser devant la Société.

Messieurs, sans sortir de la règle, en prenant pour terrain de discussion ce qui se passe sous nos yeux, dans les hôpitaux, et en laissant de côté ces histoires plus ou moins problématiques qui prennent leur origine dans la pratique de la ville, on peut formuler une opinion sur le traitement de la syphilis. Mais, direz-vous, nous avons guéri, nous guérissons tous les jours des malades par l'emploi du mercure. A cela je réponds : moi aussi, j'ai observé des faits semblables, mais de plus j'ai guéri avec le bichromate; j'ai vu des malades qui avaient guéri tout seuls et qui n'avaient que des accidents tertiaires, lesquels cédaient merveilleusement à l'iodure de potassium. Que conclure, je vous le demande? Je n'ose le faire; j'attends que l'expérience de chacun de vous vienne, non pas pour me donner raison, mais bien qu'elle éclaire d'un jour tout nouveau la question si délicate que je vous soumets.

J'ai besoin de vous dire, messieurs, en terminant, que j'ai été précédé dans cette direction par des observateurs éminents, et en particulier par M. Diday (de Lyon).

CHIMIE ET PHARMACIE.

Sur le sel de Boutigny.

Monsieur le Rédacteur,

Nous avons lu, dans votre estimable journal, l'article de M. Devergie *Sur un nouveau mode d'emploi de l'iodure de chlorure mercureux (sel de Boutigny) dans le traitement des variétés de la couperose.* Libre à M. Devergie d'apporter à cette préparation toutes les modifications qu'il peut juger convenables. Mais ce que nous ne nous expliquons pas, c'est qu'il se soit autorisé de cette circonstance pour faire intervenir notre nom d'une façon inexacte.

Parlons d'abord de la pommade au sel de Boutigny, *nommée encore*, dit M. Devergie, *improprement pommade Rochard.* Pour notre compte, cette dernière dénomination nous est absolument in-

connue. Jamais dans nos écrits, dans nos paroles, dans nos leçons, nous n'avons qualifié ainsi la préparation dont nous nous servons. Au surplus, nous ne relèverions pas cette particularité si, semblant nous prêter une prétention qu'au demeurant nous pourrions avoir[1], M. Devergie, à son insu peut-être, n'eût induit le lecteur à croire à une insinuation désobligeante.

La dénomination que M. Devergie nous attribue, c'est lui-même qui l'a imaginée : voici, en effet, une formule inscrite, en 1857, dans son *Traité pratique des maladies de la peau*, p. 827 :

Pommade du docteur Rochard.

Pr.	Axonge...........................	30 grammes.
	Iodure de chlorure mercureux...........	25 cent. à 1 gr.

Nous ignorons si d'autres auteurs ont reproduit cette formule. Du reste, elle n'est pas la nôtre. M. Devergie aurait pu s'en convaincre, s'il eût consulté le *Moniteur des hôpitaux* du 28 septembre 1855, où, après avoir indiqué la dose habituelle (75 centigrammes pour 60 grammes), nous faisions remarquer que les proportions devaient varier en raison des susceptibilités individuelles.

Mais là n'est pas la question principale. Suivant M. Devergie, la pommade au sel de Boutigny exposerait à de *graves incommodités.*

Certes, plus un remède est énergique, plus il réclame de la part de celui qui le manie une profonde connaissance de son action. En vain en graduerait-on l'intensité, *son mauvais emploi annihilerait cette précaution.* En cela, nous sommes d'accord avec M. Devergie. Mais la préparation qu'il annonce serait-elle à l'abri de ces inconvénients ?

Il importe que M. Devergie sache que les règles qu'il recommande, nous les avons depuis longtemps posées et suivies. Pour nous, la pommade d'iodure de chlorure mercureux emprunte une grande partie de sa valeur à l'opportunité et au mode de son emploi. Tous nos efforts sont dirigés vers la recherche des indications. La nature du mal, son étendue, son ancienneté, son évolution pathogénique, sa marche, ses complications, et les dispositions spéciales des sujets décident à la fois des doses du médicament, du nombre, de la

[1] C'est de mai 1842 que datent nos premières applications thérapeutiques de l'iodure de chlorure mercureux. Nous en avons publié les résultats dans un mémoire présenté en 1846 à l'Académie des sciences (Voir le compte rendu de la séance du 20 avril 1846).

durée, et du rapprochement des applications, subordonnés d'ailleurs aux effets produits.

M. Devergie s'inquiète fort de l'*inflammation* causée par la pommade, *des sécrétions épidermiques et souvent croûteuses qu'elle amène*, de la succession des onctions *à court délai*, de l'obligation où sont de *s'isoler* les personnes que leur rang appelle dans le monde, etc., etc. Petites raisons qui ne sauraient triompher d'une grande !

Ou la couperose, puisqu'il s'agit de cette maladie, est médiocrement prononcée, et alors les malades peuvent remplir leurs devoirs; ou elle est invétérée et intense, et, en ce cas, on ne voit guère que les femmes, entre autres, aient, en général, beaucoup d'empressement à se présenter dans le monde.

A l'appui des changements qu'il a apportés dans l'emploi du sel de Boutigny, M. Devergie articule des raisons que nous goûtons médiocrement. D'abord, il ne donne sa préparation que comme un moyen adouci et complémentaire de la pommade d'iodure de chlorure mercureux. Allonger la cure au lieu de l'abréger ne nous paraît pas très judicieux. Il se propose, il est vrai, de condescendre à la convenance des malades. Cette considération est bien minime en présence d'une affection aussi désagréable et aussi opiniâtre. Pour le médecin, enfin, comme pour les malades, M. Devergie estime très-commode de n'avoir pas *à faire et à se faire faire ces applications*. Cette commodité, nous ne la contestons pas. Seulement, là n'est pas la question. Il ne s'agit pas de savoir si l'intervention médicale est plus ou moins assujettissante, mais, si elle est indispensable. Or, ceci, en ce qui nous concerne, n'offre pas matière à doute. Le soin raisonné des applications, l'observation assidue des phénomènes produits qui, si l'on peut s'exprimer ainsi, nous permet d'assortir les nuances thérapeutiques avec la gamme variable de l'excitation, exercent sur les résultats une influence toute-puissante.

Maintenant, voulant nous rendre compte de l'exactitude de la formule proposée par M. Devergie, nous avons prié un de nos habiles et savants pharmaciens, M. Stanislas Martin, de l'exécuter, et de nous dire ce qu'il obtiendrait. Nous transcrivons ici textuellement sa réponse.

« Voici, cher docteur, la note que vous m'avez demandée; j'ai opéré avec la plus grande exactitude.

« J'ai employé les doses de sel qu'indique M. Devergie et la quantité d'eau qu'il prescrit; j'ai filtré; je n'ai obtenu que quelques

grammes de ce liquide. Pensant, avec juste raison, que le résidu qui était dans le filtre devait retenir un sel soluble, j'ai lavé, en ajoutant dix autres grammes d'eau distillée. Les liquides réunis ont été évaporés au bain-marie dans une capsule de porcelaine et à une basse température, c'est-à-dire en n'élevant pas l'eau du bain-marie à 80 degrés.

« Le produit de l'évaporation est un sel blanc jaune-paille d'une cristallisation confuse mêlée d'aiguilles; pesé exactement, je n'ai obtenu que 1gr,25 de cristaux. La capsule dans laquelle j'ai opéré répandait une forte odeur d'iode. Quant aux cristaux, je n'ai point examiné leur composition chimique.

« Je pense que la glycérine ne donne à la solution aucune viscosité ;

« Qu'on est bien plus certain avec la pommade de l'agent actif, qui ne va pas au delà de l'action qu'on veut produire;

« Que le principe actif est mieux déterminé dans la pommade que dans la solution, puisqu'on ne sait pas si la substance employée est le sel de Boutigny. « Stanislas MARTIN. »

M. Belin, pharmacien, ancien interne distingué des hôpitaux, opérant sur la même formule, a obtenu également des résultats tout à fait identiques.

Telle qu'elle est publiée, la préparation de M. Devergie est évidemment impossible. En effet, comment obtenir la solution de 7gr,50 de sel de Boutigny, bien préparé, avec 4 grammes d'iodure de potassium, quand il est démontré qu'il faut près de 2 grammes d'iodure de potassium pour dissoudre 50 centigrammes d'iodure de chlorure mercureux, sel insoluble dans l'eau? Ceci explique, du reste, la présence de la presque totalité du sel de Boutigny resté dans le filtre, et la petite quantité trouvée dans la solution après évaporation.

Daignez agréer, etc. F. ROCHARD.

Paris, 5 mars 1867.

J'ai donné communication de cette lettre à M. Devergie; il laisse à M. Rochard, comme à tout autre médecin, son droit d'appréciation sur la valeur du moyen proposé, sans vouloir infirmer ou combattre ces appréciations. Mais M. Rochard ayant fait intervenir un pharmacien, M. Devergie nous communique la note suivante de M. Duroy, pharmacien de Paris, en réponse à l'opinion émise par M. Stanislas Martin, pharmacien. F. B.

NOTE DE M. DUROY.

« Dès les premiers temps de l'usage du sel de Boutigny (qui n'es qu'un mélange de bichlorure et de biiodure de mercure), j'ai préparé des pommades pour les malades de M. Devergie. M. Devergie a tenu tout d'abord à avoir toujours des pommades uniformes, et aussitôt que le mode de préparation du sel de Boutigny proposé par M. Dannecy, de Bordeaux, a été publié, M. Devergie s'est servi de ce sel de préférence à tout autre, parce qu'on l'obtient à l'état de cristaux de forme déterminée, toujours la même, et, par conséquent, un sel toujours identique quant au mode d'action.

« C'est vers le mois d'avril 1866 que M. Devergie m'a proposé la confection de la nouvelle forme sous laquelle il emploie le sel de Boutigny. Il m'a prié de déterminer le degré maximum de saturation d'une solution dans laquelle entreraient, avec l'iodure de potassium, l'eau et la glycérine. Je suis arrivé à ce résultat, que 4 grammes de chacune de ces substances peuvent, réunies entre elles, dissoudre 7gr,50 d'iodure de chlorure mercureux, proportions données par M. Devergie comme étant la liqueur la plus concentrée possible et que l'on peut affaiblir à volonté pour l'usage, en ramenant la dose d'iodure aux proportions les plus faibles.

« L'addition de la glycérine a pour but, non d'augmenter la solution du sel actif, mais de retarder la dessiccation sur la surface malade, de soutenir l'action du médicament et de permettre surtout de pouvoir enlever à volonté l'agent médicamenteux à l'aide du lavage le plus simple, afin d'en arrêter immédiatement les effets, en même temps que la liqueur peut être portée, à l'aide d'un pinceau de blaireau, sur les points malades les plus déliés.

« Quant aux objections faites par M. Stanislas Martin, elles ne sont pas fondées, si, pour opérer la formule donnée par M. Devergie, on se sert de sel de Boutigny préparé par le procédé Dannecy. Les modes de préparation donnés pour obtenir le sel de Boutigny sont nombreux. M. Boutigny en a indiqué deux; MM. Boudet, Dannecy et d'autres en ont indiqué de différents. Le produit obtenu varie dans chacun d'eux, par la proportion *relative* du biiodure et du bichlorure de mercure qu'il renferme.

« Il est certain que, dans ses expériences, M. Stanislas Martin n'a pas employé le sel de Dannecy, car il serait arrivé aux mêmes résultats que nous, attendu que la formule donnée par M. Devergie est parfaitement exacte et exécutable en pharmacie.

« Si, après avoir filtré sa solution, M. Martin n'a plus eu qu'une

trop faible quantité de liquide, c'est qu'au lieu de prendre un filtre très-petit et très-simple (recommandation faite), il a pris un filtre *qui a bu le liquide*.

« Le sel Dannecy laisse bien un résidu sur le filtre, mais ce n'est pas, comme le suppose M. Martin, un sel de Boutigny, mais bien du proto-iodure de mercure (dans la proportion d'un dixième de la totalité du sel employé).

« On voit que la liqueur de M. Devergie peut jouir, d'après sa composition, des propriétés de la pommade de Boutigny.

« Permettez-moi, monsieur, dans un journal de thérapeutique médicale, de borner là mes observations, tout prêt que je suis à en donner la démonstration chimique, s'il y a lieu.

« Duroy, pharmacien. »

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Du retroceps et de ses applications pratiques [1];

Par le docteur Hamon, de Fresnay (Sarthe).

Pour joindre l'exemple au précepte, je vais actuellement relater quelques observations cliniques, qui me permettront, en faisant voir l'instrument en action, d'en mieux faire comprendre et le mécanisme et la manœuvre. Je vais choisir, de préférence, les cas réputés les plus difficiles.

Obs. I. — *Tête au détroit supérieur. — Application du forceps classique vainement tentée par un confrère, puis par l'auteur. — Remarquable facilité de l'extraction au moyen du retroceps.* — Le 28 août dernier, je fus appelé par un confrère, pour l'assister dans un accouchement qui lui semblait suivre une marche anormale.

Mme B*** primipare, âgée de trente-cinq ans, était en travail depuis quatorze heures. Col dur, peu dilaté. Je fais prendre à la patiente un demi-bain. Au bout d'une heure et demie, le col est suffisamment dilaté pour permettre d'essayer une délivrance que demandait à grands cris la malade, fatiguée de souffrir en pure perte.

Pris à l'improviste, dans une tournée de malades, je ne me trouvais pas, par exception, muni de mon retroceps, que j'avais eu, toutefois, la précaution d'envoyer chercher à mon domicile, pour me trouver en demeure de l'utiliser, en cas d'éventualité.

---

[1] Voir un précédent article publié dans la livraison du 15 décembre 1866.

Jugeant toute temporisation hors de saison, et espérant tirer un bon parti du forceps croisé, dans un cas qui ne me semblait susceptible de présenter aucune difficulté sérieuse, je propose une application de l'instrument de mon confrère. Cette application, je dois le dire, ne fut acceptée qu'avec la plus grande répugnance par la malade.

L'opération décidée, la patiente fut placée en travers du lit, dans la position classique, et mon confrère procéda à l'application de l'instrument.

Il plaça bien ses deux cuillers, mais, nonobstant tous ses efforts, comme l'une et l'autre avaient été prendre place dans l'aire postérieure du bassin, il lui devint impossible, quoi qu'il pût faire, de parvenir à articuler son instrument. Chacun de ses efforts arrachait de tels cris de douleur à la malade, qu'il me pria de voir par moi-même si je n'aurais point la main plus heureuse.

Je m'efforçai donc de rectifier le placement des leviers ; mais ce fut en vain. Convaincu de l'impuissance de mes efforts, je pris le parti de retirer les deux cuillers, dans l'espoir de leur assigner moi-même une meilleure position.

Vain espoir ; à chacune de mes tentatives, la femme poussait des cris si perçants, que je ne tardai pas à me sentir épouvanté.

Véritablement intimidé par les cris déchirants de la malade, je crus prudent de retirer le dangereux instrument et d'attendre patiemment l'arrivée du messager chargé de me rapporter le mien, dont j'avais de bonnes raisons de reconnaître la parfaite innocuité. Dès qu'il fut arrivé, sans plus tarder, je fis remettre la femme en position, comme ci-devant, et je procédai à l'intromission de l'une puis de l'autre cuiller. Quelle différence saisissante dans ce premier résultat ! Les deux leviers avaient été se poser en arrière de la tête de l'enfant, sans que la patiente accusât de leur passage le plus léger sentiment de souffrance.

J'articulai d'abord la branche basculante ; puis, comme les deux leviers affectaient, l'un par rapport à l'autre, une direction oblique, je relâchai la vis modératrice qui, en portant en dehors cette même branche, me permit de faire affecter au manche une direction perpendiculaire par rapport à l'axe de la tige droite, condition de rigueur pour l'introduction de la portion cylindrique de cette dernière dans la mortaise circulaire de la poignée qui lui est destinée.

Le pont-volant (levé au préalable, pour cette introduction) une fois rabattu et fixé par son crochet d'arrêt, il ne s'agissait plus que

de fixer la branche pivotante, pour prévenir la rotation en dehors de sa cuiller, sous l'influence des efforts de traction.

Saisissant l'anneau terminal sous-discoïde de ce levier, entre le pouce et les deux dernières phalanges de l'index droit, en même temps qu'avec les mêmes doigts de la main gauche je fixais le manche et lui imprimais une impulsion destinée à favoriser l'exécution de cette manœuvre, je fis pénétrer, sans aucune peine, la tête d'arrêt du pont-volant dans la troisième ouverture du disque! L'instrument se trouvait ainsi solidement articulé et la tête parfaitement saisie, précaution prise, ainsi qu'il est de règle, de repousser la vis modératrice de la branche basculante dans la limite nécessaire pour la maintenir solidement et prévenir l'écartement de son bec dans les efforts de traction.

Pour raisonner un peu ce que je faisais, j'explorai les bruits fœtaux que je perçus dans le flanc gauche de la mère (position O I G quelconque). La tête très-haut située ne rendait accessible qu'une suture correspondant à l'aire centrale du bassin. Il s'agissait sans doute du bord supérieur droit de l'occiput ?

Sans me préoccuper davantage pour l'instant de préciser la position de l'organe, je plaçai trois doigts de la main droite sur le manche de l'instrument, et effectuai quelques tractions directes. La tête ne bougea pas. Jugeant convenable de déployer un peu plus de force, j'arc-boutai un genou contre le bois du lit, et exécutai de nouvelles tractions latéralisées, en ayant soin de les effectuer seulement au retour de chaque douleur.

Durant le cours de ces manœuvres, ma main gauche ne cessa d'être utilisée, soit pour écarter, soit pour protéger les parties molles de la mère.

Je ne tardai pas à opérer la descente de la tête jusque sur le plancher périnéal. Je m'aperçus alors que son volume devait être considérable, car le talon de mes cuillers avait opéré, sur l'un et l'autre côté du sommet, un sillon assez profond.

Précaution prise d'ondoyer l'enfant dans le sein maternel, je continuai mes tractions latéralisées, et j'attirai bientôt la tête, qui se dégagea spontanément en position occipito-pubienne directe.

C'était une vivace et forte fille, dont je m'empressai d'examiner la tête. Une des cuillers, la droite, a imprimé un léger stigmate à la région sus-orbitaire droite. Le bec de la branche gauche a marqué un sillon assez profond sur l'angle de la branche horizontale gauche du maxillaire inférieur.

Il y avait donc eu double asymétrie dans le placement des cuil-

lers : 1° asymétrie suivant la hauteur (bec frontal et bec maxillaire inférieur) ; 2° asymétrie suivant la circonférence (cuiller corono-pariétale, et cuiller maxillo-malo-temporale).

Ce sont ces conditions, si asymétriques, que lui assure un mécanisme tout particulier, qui permettent à l'instrument de mener à bien, avec une singulière facilité, des accouchements qui, avec d'autres instruments établis sur des bases essentiellement différentes, sont de nature à présenter les difficultés les plus sérieuses, et à exiger une habileté spéciale qui ne saurait être le propre de la généralité des praticiens, obligés, par une dure nécessité, et bien souvent à contre-cœur, d'embrasser dans tout leur ensemble les connaissances encyclopédiques qui constituent l'art de guérir.

Le surlendemain, je fis un petit détour pour visiter la nouvelle accouchée et l'enfant. Je les trouvai tous deux dans les meilleures conditions de santé. Ainsi que c'est de règle, les empreintes laissées sur le chef de ce dernier n'offraient déjà plus qu'une très-légère trace.

Obs. II. — *Enclavement au détroit supérieur. — Bruit caractéristique au moment où la tête franchit l'obstacle. — Cause productrice de ce bruit. — Deux ordres de causes pouvant déterminer la fracture des os du crâne de l'enfant.* — Le 25 février dernier, j'étais appelé pour accoucher la femme Royer, qui, treize mois auparavant, avait dû mettre pour la première fois à l'épreuve les précieuses vertus de mon intrument.

A mon arrivée, le travail comptait douze heures d'invasion, mais la persistance des douleurs semblait annoncer son heureuse solution, quand, soudain, elles vinrent à s'éloigner, puis à s'éteindre de la façon la plus complète. Après deux heures d'attente, pendant lesquelles j'avais vainement tenté de donner une nouvelle impulsion au travail, au moyen d'un bain de siége prolongé, je résolus de terminer artificiellement l'accouchement.

J'essayai d'appliquer l'instrument en laissant la femme étendue dans son lit, mais il me fut impossible, dans cette position, d'appliquer même la deuxième branche. Force me fut donc de faire affecter à la patiente la position usitée pour les opérations tocologiques.

Mes deux cuillers furent mises en place et articulées sans la moindre difficulté. Saisissant alors le manche de la main droite, j'effectuai quelques tractions, dont je dus bientôt augmenter l'énergie en prenant, avec le genou, un appui contre le lit de misère. A

la suite d'un de ces efforts, un sinistre craquement se fait entendre. Instruit par l'expérience, je ne me préoccupai en rien d'un bruit assez fréquemment perçu par moi par le passé, bruit résultant de la subite descente de la tête et de la brusque entrée de l'air pour combler le vide ainsi produit, et je ne tardai pas à extraire la tête en position occipito-pubienne.

Sur le milieu du front se remarque le stigmate frontal, résultat de l'impression du bec de la cuiller droite. Le bec congénère a laissé sur la tempe droite une légère empreinte.

Nonobstant des tractions assez énergiques, l'enfant n'a nullement souffert de l'action de l'instrument, dont les cuillers excavées sont plutôt propres, je le répète, à en assurer la parfaite innocuité. Je ne connais que deux cas qui en pourraient rendre les effets dangereux. Je veux parler :

1° Des conditions de friabilité des os du crâne, qui les disposent naturellement aux fractures. En pareil cas, d'ailleurs, on doit être d'autant plus porté à innocenter l'action de l'instrument, que l'on voit souvent ces lésions se produire même à la suite des accouchements les plus physiologiques.

2° Du défectueux placement des fenêtres qui, au lieu d'embrasser *dans leur cintre même* l'organe saisi, appuient trop fortement, par leur bec, sur un des points moyens de sa circonférence. Il a été ailleurs [1] question d'un cas où ce même placement vicieux de l'une de mes cuillers a contribué pour sa part, peut-être, à la mort de l'enfant. Mais, dans les conjonctures difficiles, on fait comme l'on peut pour se tirer d'embarras. En dehors de ces conditions, fort exceptionnelles d'ailleurs, l'action de l'instrument, surtout avec les perfectionnements que je lui ai successivement apportés, est fort inoffensive, par la raison que, contrairement à ce qui a lieu pour le forceps croisé, la force de pression subie par la tête n'est nullement en rapport avec la puissance des tractions, par le fait même de l'indépendance absolue de l'une et de l'autre branche.

Est-il un moyen de parer à ces deux ordres de dangers ? Pour ce qui est de la friabilité des os du crâne de l'enfant, on ne saurait guère répondre à l'avance du résultat des manœuvres de l'extraction. Mais pour ce qui tient à l'action du bec des cuillers, on peut la surveiller et, je le crois, en éviter les effets nuisibles, alors que l'on fait usage de mes plus récents modèles, plus sûrs et plus fidèles que

---

[1] In *France médicale*, 1865, p. 266 (Enroulement du cordon autour du cou de l'enfant).

chacun de mes essais antérieurs. Le tout, c'est d'en surveiller le jeu avec sollicitude et de s'assurer incessamment que l'organe est convenablement saisi.

Obs. III. *Présentation inclinée du vertex. — Extraction des plus faciles. — L'enfant vient au monde frappé de mort. — Causes évidentes de cette mort.* — C'est dans les vicieuses positions du vertex que l'efficacité du retroceps est surtout manifeste.

Est-il possible de terminer un accouchement plus rapidement et avec moins d'efforts et de peine que dans les circonstances suivantes ?

Le 8 octobre dernier, j'arrivais, à quatre lieues de ma résidence, auprès de la femme Leroux, en mal d'enfant depuis trois fois vingt-quatre heures. Comme il s'agissait d'un cinquième accouchement, il était manifeste qu'il y avait dans le travail quelque chose d'anormal.

Les bruits fœtaux sont clairement perçus dans le flanc gauche. Il s'agit donc d'une position OIG quelconque.

Je trouve le col parfaitement dilaté; dans l'aire du détroit supérieur se présente une partie fœtale rénitente, qui me fait croire tout d'abord à une présentation de l'épaule; mais comme je parvins à saisir une pincée de cheveux, il résulte clairement qu'il s'agit du vertex. Je ne trouve, d'ailleurs, qu'une seule suture, qui ne me suffit pas pour juger de la position exacte de la tête. Une main du fœtus est appliquée sur la partie droite de cet organe.

Douleurs absolument nulles depuis vingt-quatre heures. Depuis plusieurs heures, cessation des mouvements actifs du fœtus.

Je laisse la femme étendue sur son lit, où elle reste entièrement libre et non maintenue. Je m'approche du bord droit de la couche, et, tirant de ma poche mes deux branches, je me mets, sans coup férir, à procéder à leur placement, la lubréfaction des parties me dispensant du soin de les enduire d'un corps gras. Quelques instants me suffisent pour l'intromission des cuillers, qui d'elles-mêmes vont se poser en regard de l'une et l'autre symphyse sacro-iliaque, en arrière de la tête, ainsi qu'il est de règle.

J'articule d'abord la branche gauche ou basculante, puis, précaution prise de lâcher la vis modératrice, en vue de laisser à ce levier toute facilité de se porter en dehors, à l'effet de faire affecter au manche la perpendicularité indispensable pour permettre l'introduction de la branche droite dans sa mortaise, je lève le pont-volant et effectue le placement de ladite branche sans la moindre peine. Cet appendice est alors fixé par son crochet d'arrêt. Restait à

rendre le second levier immuable, à son tour, sur le support commun. Saisissant, en cette vue, l'anneau terminal du levier pivotant, entre le pouce et l'index droits, je m'efforce de faire exécuter à ce dernier un mouvement de rotation sur son axe, tendant à ramener en dedans le bec de la cuiller, manifestement beaucoup trop porté en dehors. Je n'arrive cependant à engager la tête d'arrêt du manche que dans la quatrième ouverture du disque : position au plus haut chef défectueuse au point de vue de la symétrie, par la raison fort simple que l'anneau, au lieu de se trouver parallèle au manche, lui est au contraire perpendiculaire.

Nonobstant la défectuosité d'un tel placement, mon instrument se trouvant solidement articulé, la vis modératrice de la branche basculante une fois rendue à l'encontre du point correspondant de ce levier, j'applique deux doigts sur la face vulvaire du manche, et j'opère une traction. Je n'en retire aucun résultat. Tenant compte, alors, de la position probable de l'occiput à gauche, je combine, pour en opérer artificiellement la réduction, un mouvement de rotation de gauche à droite et d'arrière en avant, par rapport à la mère, et d'abaissement, en embrassant à pleine main, *dextra manu,* la poignée de l'instrument. La tête obéit si bien, dans ce bassin spacieux, à cette impulsion que, *sans le moindre effort,* elle descend tout de suite jusque sur le plancher périnéal.

Le reste de l'accouchement n'a plus été qu'un jeu. Il ne m'a, certes, pas fallu dix minutes pour l'effectuer.

L'enfant vint au monde tout souillé de méconium, et dans un tel état d'asphyxie, que je fus le premier à le considérer comme privé de vie.

Cependant je laissai saigner le cordon, autant que la prudence le comportait, puis je mis en œuvre tous les moyens usités en pareille circonstance. Je n'obtins que quelques soupirs, à intervalles de plus en plus éloignés. J'eus la patience, une heure durant, de persévérer dans mes efforts, que je ne suspendis que lorsque le nouveau-né se fut éteint entre mes mains.

Une de mes cuillers a laissé une légère trace à la partie moyenne droite du coronal. Une deuxième marque, à peine visible, décèle que la congénère a pris un point d'appui au-dessous du lobule de l'oreille gauche.

Cette extraction a été si aisément effectuée que l'action de l'instrument ne saurait être mise en cause dans la production de la mort de l'enfant. Cette cause, du reste, est inscrite visiblement dans une déformation particulière de l'organe.

La partie moyenne du pariétal droit est le siége d'une congestion séro-sanguine marquée ; cette même partie de la tête est très-proéminente, et irréductible, sans aucune mobilité des pièces osseuses. Cette déformation est le résultat manifeste d'une longue compression, à la suite de laquelle ont dû se produire, dans le sein de la pulpe cérébrale, des désordres suffisants pour entraîner la mort.

Qu'on n'oublie pas, d'un autre côté, l'évacuation *in utero* du méconium.

Un seul signe pourrait être de nature à faire douter de la mort réelle de l'enfant au moment de mon arrivée. Je veux parler de la perception des bruits du cœur. Ce signe, du reste, ne prouve rien dans l'espèce. Cet organe, en effet, est à la fois le *primum vivens* et l'*ultimum moriens*. Ses contractions peuvent être encore parfaitement perceptibles, alors que le principe animateur semble avoir, depuis quelque temps déjà, abandonné notre fragile enveloppe. Il en a été ainsi, assurément, dans ce cas particulier, qui fournit un nouvel exemple des tristes fruits de la temporisation.

Obs. IV. *Présentation de la face. — Tentatives infructueuses au moyen du forceps croisé et des crochets aigus. — Rapide et facile extraction de l'organe au moyen du retroceps.* — J'ai ailleurs [1] consacré un chapitre spécial aux présentations de la face, ce dangereux écueil, si justement redouté par les accoucheurs les plus expérimentés. Je me contenterai de rappeler ici que deux conditions peuvent se présenter, et exigent une conduite différente de l'homme de l'art.

La tête peut se présenter au détroit supérieur, ou elle est descendue en pleine excavation. Dans le premier cas, il suffit d'introduire les cuillers du retroceps en arrière de l'organe. Quelques tractions en amènent presque sûrement la réduction. Sur deux tentatives semblables que j'ai faites, je compte deux faciles succès. Tel est aussi, sans doute, le cas dont M. le docteur Devaux donne la relation sommaire, dans le numéro 28, 1866, de l'*Abeille médicale.*

La tête est-elle descendue dans le sein même de l'excavation ? le mode opératoire le plus sûr, c'est de tenter la réduction mento-pubienne. Voici un exemple de l'exécution de cette manœuvre :

Dans la nuit du 13 janvier 1865, je fus appelé par un confrère qui, assisté d'une sage-femme, s'était vu dans une impasse sans issue. Pendant deux heures, il s'était épuisé en efforts inutiles

---

[1] In *Union médicale de la Gironde*, numéro de septembre 1866.

pour tenter l'extraction de l'organe ; en désespoir de cause, il avait perforé le crâne, et tenté de l'arracher avec les crochets de son forceps. De guerre lasse, il avait été enfin obligé de m'appeler à son aide.

Je constatai une position mento-iliaque gauche.

Mes deux cuillers placées en arrière de la tête, j'essayai d'en opérer le redressement et l'abaissement : ce fut en vain. Les leviers remis en place, je les articulai de nouveau, puis saisissant la poignée à pleine main, de la main droite, je fis exécuter à l'instrument, dans son ensemble, un mouvement de rotation de *g* à *d*, d'arrière en avant, par rapport à la mère, en vue de ramener le menton en arrière du pubis. En moins de temps qu'il ne m'en a fallu pour tracer ces quelques lignes, l'extraction de l'organe était heureusement effectuée sans aucun effort.

Encore un enfant qui eût dû la vie au retroceps, si cet instrument eût été utilisé à propos !

Obs. V. *Présentation de l'oreille gauche. — Réduction et extraction des plus faciles au moyen du retroceps.* — J'emprunte la courte citation qui va suivre à une lettre que j'ai reçue ce matin même de M. le docteur Lemariey, de Pont-Audemer (Eure).

Cet habile accoucheur m'annonce que, deux fois depuis trois semaines à peine qu'il possède mon instrument, il a trouvé l'occasion d'en faire l'application : une fois dans une présentation OIGP, une autre fois dans un cas de position inclinée du sommet. Il a eu deux succès aussi faciles que complets. Je transcris seulement la partie de sa lettre qui a trait à cette dernière observation.

« Mardi dernier (18 septembre), j'étais appelé pour une présentation oblique, l'oreille gauche correspondant au col utérin, le dos du fœtus en arrière. J'attendis douze heures ; alors je me risquai, *en tremblant*, à appliquer assez haut dans l'excavation, et dans une présentation qui me paraissait très-défavorable pour un début, votre ingénieux instrument. Eh bien! monsieur, il fit merveille, et au bout de quelques minutes, j'avais dans les mains un gros garçon des plus vivaces. »

Ici, encore une fois, tout commentaire est inutile.

Obs. VI. *Angustie relative du bassin. — Extraction des plus laborieuses d'un enfant plein de vie. — Déchirure transversale du canal de l'urèthre. — Guérison radicale après la troisième tentative.* — Jusqu'ici il n'a été question que de succès obtenus, avec une merveilleuse facilité, dans les cas même réputés les plus épineux. Est-ce à dire qu'il en doive toujours et invariablement être ainsi ?

Une telle assertion pourrait justement être taxée d'imposture. Il est des cas, heureusement assez rares, où la patience et les forces tant physiques que morales de l'accoucheur, nonobstant l'emploi du plus parfait même des instruments, peuvent se trouver soumises à de dures épreuves.

Je rappellerai, à ce propos, le plus difficile, si j'en excepte un autre [1], des accouchements qu'il m'ait été donné de faire en ma vie par le moyen du retroceps. Comme toujours, en pareille matière, j'ai assumé sur moi seul la responsabilité de mes actes, et n'ai fait appel à aucune assistance, soit physique, soit morale, étrangère.

Il s'agissait d'une femme forte, mais paraissant assez mal établie [2]. Nonobstant les tractions les plus énergiques, la tête, fortement enclavée, demeurait inébranlable. J'aurais été d'avis de sacrifier un enfant évidemment disproportionné, pour assurer au moins l'existence de la mère ; mais j'avais affaire à une femme fortement trempée et désirant conserver, au prix même de la sienne, cette jeune existence. Je persévérai donc dans mes efforts. Le retroceps tenait solidement, force me fut de recourir par exception à l'assistance de mes deux mains pour effectuer des tractions latéralisées, en arc-boutant les genoux contre le bois du lit. Après bien des efforts, soudain je vis jaillir un jet de sang artériel, émanant d'un repli rosé de téguments, parfaitement visible en arrière du pubis. Je fus saisi, je l'avoue, d'une grande appréhension ; mais il fallait bien en finir. Je redoublai d'efforts, et, littéralement à bout de forces, j'opérai enfin l'arrachement de la tête, qui se dégagea en position occipito-pubienne.

Trois heures durant, mon instrument avait été appliqué dans le sein maternel ; les tractions avaient été répétées à cinq, dix ou quinze minutes d'intervalle, avec un degré variable de puissance.

J'eus le bonheur d'amener au monde un énorme garçon plein de vie. Eussé-je eu le même bonheur s'il m'eût fallu aussi long-

---

[1] Je veux parler de l'extraction d'une tête hydrocéphale saisie par le retroceps, à peine engagée au travers du détroit supérieur rétréci. Les diamètres de l'organe mesuraient les dimensions suivantes : D. bipariétal, 0m,12 (au lieu de 0m,09) ; D. occipito-frontal, 0m,175 au lieu de 0m,15.

Voir les détails de cette remarquable observation, qui ne comportent pas moins de dix grandes pages, dans le numéro de février dernier de l'*Union médicale de la Gironde.*

[2] 19 mars 1865. Voir, pour plus de détails, les numéros 35 et 36, 1865, de la *France médicale.*

temps, aussi rudement lui tirailler la tête avec le forceps classique ?

Quant à la mère, la tête fœtale, par son volume disproportionné, avait occasionné la déchirure transversale du canal de l'urèthre. Pour en tenter la guérison, j'ai placé une grosse sonde en gomme élastique à demeure dans la vessie, précaution prise de cautériser fortement les lèvres de la fistule avec le crayon de nitrate d'argent. L'occlusion parfaite n'a pu être obtenue par moi qu'à la suite de la troisième tentative.

Aujourd'hui la mère et l'enfant sont pleins de vie et de santé.

J'ai réservé pour la dernière cette intéressante observation, dont je n'ai pu, à mon grand regret, que donner une sommaire esquisse. Tout en témoignant de la merveilleuse efficacité de mon instrument, elle contient de précieux enseignements. Elle montre qu'il ne faut jamais désespérer des difficultés en apparence les plus insurmontables. Avec de la patience et de la persévérance, secondées par une certaine habileté opératoire, on peut, en effet, souvent espérer de triompher de bien des obstacles en apparence insurmontables.

Pour ce qui a rapport à l'accident, devant l'aveu duquel je me serais bien gardé de reculer (c'est, d'ailleurs, l'unique en son genre que j'aie à déplorer), je suis resté sincèrement convaincu que si mes forces ne m'avaient point trahi ; si, surtout, j'eusse eu le bonheur de disposer d'un aide assez intelligent pour repousser en arrière du pubis, au moment des tractions, le bourrelet dont j'ai parlé, parfaitement visible, en avant des deux tiges de mon instrument, il m'eût été sans doute possible d'en ménager l'intégrité, et d'éviter un malheur qui, assurément, eût pu atteindre encore de bien plus grandes proportions.

J'aurais encore à traiter, pour prévenir toute objection, d'une condition spéciale qui, pour être fort exceptionnelle, n'en est pas moins susceptible de se présenter dans la pratique. Je veux parler du *dérapement des cuillers du retroceps.*

Comme il y a des bornes à tout, même à la libérale hospitalité de cette estimable Revue, je n'effleurerai même pas, pour l'instant, un sujet sur lequel il me sera sûrement, tôt ou tard, donné l'occasion de revenir.

Qu'il me suffise de dire que, sur trente-huit applications fructueuses de retroceps que j'ai effectuées jusqu'à ce jour, quatre fois seulement j'ai eu à lutter contre le dérapement de ses cuillers; encore dois-je ajouter que je ne me suis vu que dans deux cas aux

prises avec des difficultés réellement sérieuses, dont le retroceps, d'ailleurs, a triomphé avec honneur.

BIBLIOGRAPHIE.

De l'Asthme et de son traitement par les eaux sulfureuses d'Amélie-les-Bains, par le docteur A. Bouyer, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin inspecteur suppléant des thermes civils d'Amélie-les-Bains.

La médication sulfureuse appliquée au traitement de l'asthme donne des résultats extrêmement variables et souvent même opposés; ce que l'on explique facilement quand on songe aux variétés infinies d'allures et de physionomie que présente cette affection. Il faut donc, avant tout, s'attacher à bien préciser les indications, afin de ne pas conseiller au malade un traitement qui, loin de le soulager, peut lui être nuisible. C'est cette idée qui a inspiré le travail de M. Bouyer, et il est arrivé à cette conclusion que les eaux sulfureuses agissent surtout sur l'élément catarrhal et parfois sur les affections diathésiques qui dominent l'asthme; elles n'ont qu'une action indirecte sur l'élément nerveux; aussi conviennent-elles plus spécialement à la forme humide.

La station d'Amélie-les-Bains ayant le double avantage d'être une station d'hiver et de posséder des eaux sulfureuses, M. Bouyer est placé mieux qu'un autre pour observer cette maladie. Ce premier travail n'est qu'une ébauche; mais elle renferme tous les éléments d'une monographie complète de l'asthme, que l'auteur ne tardera pas, nous l'espérons, à nous donner.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Deux cas de tétanos traumatique traités avec succès par la fève de Calabar. — Depuis que les effets si remarquables de la fève de Calabar ont été signalés par les missionnaires et les voyageurs qui avaient parcouru la côte occidentale de l'Afrique, il est venu à l'esprit de plusieurs chirurgiens, parmi lesquels il faut citer le professeur Miller d'Edimbourg, que ce nouveau médicament pourrait être utilisé dans le traitement du tétanos; mais nul, le

croyons-nous du moins, ne l'a mis en pratique, et les deux faits observés par M. Watson (de Glascow), pour leur priorité, nous semblent dignes d'être rapportés.

Obs. I. Une jeune fille de onze ans est admise à l'infirmerie royale, le 12 novembre 1866. Il y a trois semaines, cet enfant se heurta le pied droit contre une pierre et se fit une plaie à côté de l'ongle du gros orteil. Elle n'y fit aucune attention ; mais, il y a six jours, elle fut prise de contracture des mâchoires et ne put ouvrir la bouche. Le lendemain de son entrée, il y avait un opisthotonos très-marqué et le corps formait presque une courbe de trois quarts de cercle. La rigidité était telle que le médecin résidant lui administra le chloroforme en inhalations qui la soulagèrent pendant un moment; mais, dès qu'on cessait l'anesthésie, les convulsions reparaissaient. La plaie du gros orteil n'était pas fermée et intéressait la matrice de l'ongle.

Le 13 novembre. Les mâchoires étaient serrées fortement; le corps et les membres étaient roides. L'opisthotonos s'exagérait quand la malade faisait des efforts pour boire et quand on lui touchait quelque partie du corps. Les contractions, très-fréquentes, étaient presque continues; la pauvre enfant se tenait couchée sur le ventre, la tête et les épaules hors du lit, et il fallait la surveiller, dans la crainte qu'elle ne se jetât hors du lit. On lui prescrivit tout d'abord une dose de calomel et de jalap, et toutes les deux heures cinq gouttes de teinture de cannabis indica.

14 novembre. Aucun effet du purgatif. Même état. Depuis le matin, les convulsions tétaniques semblent plus fortes. Une once d'huile de ricin avec une goutte d'huile de croton.

15 novembre. Plusieurs selles liquides, blanchâtres. La teinture de cannabis a été prise très-irrégulièrement, la malade ne pouvant l'avaler et la crachant. Aggravation considérable dans la roideur, qui est bien plus prononcée. Alors M. Watson se détermina à essayer la fève de Calabar, sachant que cet agent, à dose suffisante, paralysait les muscles soumis à la volonté, même lorsqu'ils étaient contractés comme dans le tétanos. La seule préparation qu'il eût sous la main étant celle usitée dans la pratique ophthalmologique pour faire contracter la pupille; à deux heures de l'après-midi, un carré de papier contenant l'extrait de fève de Calabar fut appliqué sur la langue de la jeune fille, à travers un orifice dû à la perte d'une dent. A trois heures on mit deux autres carrés, trois à sept heures, et deux à dix heures. La rigidité persistait toujours au corps et dans les membres; le trismus et l'opisthotonos étaient très-marqués;

cependant l'enfant était un peu mieux et pouvait parler. Les pupilles, normales, étaient plutôt contractées. On continua pendant la nuit l'application de deux carrés de papier sur la langue toutes les deux heures.

16 novembre. La malade est tout à fait roide et a des contractions violentes et répétées. Craignant que le papier d'extrait de fève de Calabar ne se prêtât pas à l'absorption, M. Watson prescrivit la préparation suivante :

Extrait de fève de Calabar....................	0gr,60
Vin blanc....................................	30 grammes.

On eut ainsi une sorte de vin trouble de fève de Calabar, composé de façon que cinq gouttes contenaient environ un huitième de grain d'extrait. Cette dose fut prescrite toutes les heures, avec recommandation d'en surveiller les effets. A sept heures du soir, le médicament avait été donné régulièrement ; la malade avait pris quatre-vingts gouttes, soit deux grains d'extrait. On n'avait remarqué que des soubresauts, survenant surtout quand la malade parlait. Une demi-heure après, elle tomba dans un état semi-comateux, couchée sur le dos, sans roideur, la bouche ouverte, les pupilles contractées, la respiration régulière, le pouls plutôt fréquent.

Devant cet état de choses, la fève de Calabar fut suspendue pendant deux heures et demie, jusqu'à neuf heures et demie. A ce moment, les pupilles étaient dilatées de nouveau, et des contractions tétaniques se produisaient lorsqu'on touchait l'enfant ou qu'on lui adressait la parole ; alors, on lui donna neuf gouttes de vin, et pendant la nuit cinq gouttes furent prescrites toutes les heures.

18 novembre. Amélioration; la respiration est facile, le pouls fort, à 84; les pupilles naturelles; l'enfant peut avaler. On porte la dose du vin à neuf gouttes par heure.

Le 19 novembre. Malgré cette augmentation, l'enfant a trois grandes attaques d'opistothonos; son corps est roide et il y a de fréquentes contractions. Alors le chirurgien se décida à employer une dose plus forte d'extrait et prescrivit les pilules suivantes :

Extrait de fève de Calabar....................	0gr,60
Poudre de gingembre..........................	Q. S.

Pour vingt-quatre pilules, à prendre une toutes les heures.

Par erreur, le pharmacien fit les pilules deux fois plus fortes que

ne le comportait l'ordonnance, de sorte qu'elles contenaient un grain d'extrait au lieu d'un demi. Comme on ne le découvrit que le soir, la malade prit un grain d'extrait chaque heure pendant huit heures, sans qu'il se produisît aucun effet; mais, une heure après avoir avalé la neuvième pilule, elle tomba dans l'état suivant : Les yeux étaient largement ouverts, fixes et vitrés; les pupilles contractées comme des têtes d'épingle; le pouls rapide et intermittent; un râle muqueux trachéal se faisait entendre, et la respiration était saccadée et anxieuse. L'enfant ne répondait pas aux questions qu'on lui adressait et paraissait complétement insensible. Il n'y avait plus de convulsions tétaniques, et il était impossible d'en provoquer. Tous les muscles étaient à peu près relâchés, excepté ceux du dos, qui étaient encore contracturés. Soit impuissance, soit mauvais vouloir, elle n'exécutait aucun mouvement et restait immobile.

Sept gouttes de teinture de belladone, mêlées à de l'eau-de-vie étendue d'eau, lui furent versées dans la bouche, et on répéta la dose cinq minutes après. Aucune modification ne se produisit dans l'état des pupilles, mais l'expression du visage devint meilleure. La malade se coucha sur le côté et rejeta par la bouche et le nez quelques mucosités sanguinolentes. Graduellement, la respiration revint à l'état normal et le pouls reprit sa régularité. Bientôt les pupilles se dilatèrent, mais les extrémités restèrent inertes et flasques pendant une grande partie de la nuit; alors la sensibilité revint, mais l'enfant restait immobile. Vers le matin, on put faire reparaître en les provoquant les convulsions tétaniques, et, à huit heures, il ne restait plus trace de l'état dans lequel la malade avait été la veille au soir. Elle était en transpiration; les pupilles étaient naturelles; le pouls était fréquent, à 108, mais régulier. L'enfant se trouvait mieux. Elle n'avait aucun vertige ni aucun accident nerveux qu'on pût attribuer au médicament, et elle jouissait de toute son intelligence. Les bras, quoique encore roides, pouvaient exécuter quelques mouvements; elle pouvait écarter les dents de façon à laisser passer le bec d'une cuiller; elle avalait mieux, et pouvait dans son lit se coucher sur le côté.

On jugea prudent de cesser l'emploi de la fève de Calabar et on la remplaça par la teinture de cannabis, avec quelques aliments et des stimulants. Sous l'influence de ce traitement, les forces revinrent, mais avec elles le tétanos. Les contractions n'étaient pas aussi violentes, mais on les provoquait avec autant de facilité. Le corps et les jambes redevinrent roides tout à fait. La bouche ne

pouvait s'ouvrir qu'en partie, et la malade pouvait à peine se coucher sur un côté.

Tel était l'état de l'enfant, qui ne prenait plus la fève de Calabar depuis dix jours. L'énorme dose administrée le 24 novembre avait porté un coup terrible à la maladie, mais ne l'avait pas détruite complétement. Alors M. Watson recommença l'emploi de la fève sous forme de teinture, suivant la formule du docteur Fraser, d'après laquelle cinq minimes équivalent à trois grains de fève, et le 6 décembre, supprimant le cannabis, il prescrit cinq minimes de teinture de fève de Calabar toutes les deux heures.

Le 10 décembre, survint une diarrhée abondante qu'on attribua au médicament ; à cette époque, les muscles n'étaient plus contracturés, à l'exception de ceux du dos; les mouvements des membres étaient faciles et la bouche s'ouvrait largement. La teinture ne fut plus donnée que toutes les six heures, et à partir de ce jour la guérison marcha rapidement. Le 4 janvier, la jeune fille partait en convalescence.

Obs. II. Garçon âgé de treize ans, entré le 6 décembre. Il y a trois semaines, il eut l'index droit pris dans une roue; l'ongle fut presque arraché et il en résulta une plaie au côté externe. Un pansement fut fait le jour même de l'accident. Deux ou trois jours avant son entrée, il éprouva de la roideur dans le dos et les jambes.

Lors de son entrée, les symptômes tétaniques étaient très-marqués. Le trismus était si prononcé qu'il ne pouvait écarter les dents. Le dos et les membres supérieurs et inférieurs étaient en contraction, et le moindre effort, tel que celui d'ouvrir la bouche, amenait l'opisthotonos. Il se plaignait d'une faiblesse de la vue. Après lui avoir prescrit un purgatif, on commença, le 7, l'usage de la teinture de la fève de Calabar, à la dose de cinq minimes toutes les deux heures.

Le 9 et le 10. Les doses de teinture ont été prises régulièrement pendant ces deux jours, et chaque fois avec un bénéfice pour le malade, mais seulement pour une demi-heure. Pendant ce temps, il y avait repos et sommeil, mais au réveil le tétanos reparaissait.

Prescription : Quatre minimes de teinture chaque heure, en surveillant les effets.

Le 11. Meilleure nuit que précédemment. Moins de roideur ; il y a encore des convulsions tous les quarts d'heure, mais elles sont beaucoup moins intenses. Après chaque prise du médicament, on a remarqué l'effet suivant :

Quinze ou vingt minutes après, les pupilles se contractent, et pen-

dant une heure il y a relâchement complet de tous les muscles. Puis cette amélioration disparaît bientôt ; les pupilles se dilatent de nouveau et le tétanos reparaît.

Le 13. Le malade a été une heure sans secousse, le plus long intervalle qu'il ait jamais eu. Il ne prend plus que cinq minimes de teinture toutes les deux heures.

Le 14. Les convulsions semblent plus fréquentes. On prescrit six minimes de teinture toutes les deux heures.

Cette dose est continuée jusqu'au 16, jour où pas une seule secousse ne s'est produite.

Le 18. Il se lève, bien que marchant avec peine, car les muscles du dos sont roides encore.

Le 19. Il a une dernière secousse convulsive, causée par un bruit qui l'a effrayé ; c'est la dernière, et il quittait l'hôpital, complétement guéri, le 4 janvier.

Réflexions. Il s'agissait bien véritablement ici de deux cas de tétanos traumatique, dont la gravité est bien connue, et c'est évidemment au traitement qu'il faut attribuer la guérison. Les effets de la fève de Calabar offrent ceci de remarquable, que la principale influence du médicament se traduisait sur les muscles contracturés, tandis que la pupille n'était modifiée qu'à dose considérable.

Il faut remarquer aussi la dose énorme qui a été supportée par ces enfants, surtout par la fille, chez laquelle se développèrent ces accidents graves qui eurent pour résultat, du moins, de porter un coup terrible à la maladie. On sait combien, dans le tétanos, les malades peuvent supporter des quantités relativement élevées de médicaments actifs ; aussi il ne faudrait pas conclure de ces exemples pour tenter l'essai de la fève de Calabar à pareille dose dans d'autres maladies.

Quant à la meilleure préparation, c'est la teinture suivant la formule du docteur Fraser, telle que nous l'avons donnée.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Traitement des fractures de la rotule par la suture. La gêne de la marche, qui accompagne les fractures de la rotule dont la réunion ne s'est faite que par un cal fibreux avec écartement, a paru, dans quelques cas, assez prononcée pour que certains chirurgiens aient cru pouvoir tenter une intervention active. L'idée même du procédé exécuté par M. Logan

n'est pas tout à fait aussi nouvelle que semble le croire son auteur. Séverin avait déjà proposé de mettre à nu les fragments par une incision, pour en rafraîchir directement les surfaces, et Dieffenbach avait pratiqué à la fois la section sous-cutanée du ligament rotulien et du tendon du muscle droit antérieur. Malgaigne, après avoir qualifié d'injustifiable l'opération de Dieffenbach, avait émis cette idée que « peut-être y aurait-il lieu de raviver les surfaces fracturées avec un ténotome par une ponction sous-cutanée, pour les rapprocher ensuite. »

Dans l'observation suivante, le chirurgien américain a non-seulement pratiqué l'avivement, mais il a pu réunir les fragments par une suture métallique.

Th. W. Cox, âgé de trente ans, fit, en février 1864, une chute de cheval et perdit l'usage de la jambe droite. Trois semaines après l'accident, il consulta un médecin, qui diagnostiqua une fracture transversale de la rotule, et institua un traitement en conséquence. A la fin de sept semaines de traitement, c'est-à-dire dix semaines après l'accident, voyant qu'il y avait peu ou point d'amélioration, Cox renvoya son médecin, et vint consulter M. Logan. A cette époque, le chirurgien trouva entre les fragments de la rotule un intervalle de trois quarts de pouce, même lorsque la jambe était dans l'extension; cet intervalle devenait plus considérable dans les efforts de flexion. Les fragments semblaient réunis d'une manière très-imparfaite, par une sorte de cal fibreux, dû probablement au tissu apouévrotique qui recouvre la rotule, et qui permettait d'introduire le doigt dans la dépression séparant les fragments osseux. M. Logau eut alors l'idée d'employer un procédé analogue à celui de Floreau pour la réunion des os longs dans les fractures non consolidées. Le patient, prévenu des dangers que pouvait présenter l'opération projetée, se décida cependant pour l'opération, qui fut exécutée de la manière suivante : le membre, ayant été fléchi à un angle de 45 degrés, fut placé sur la large attelle employée par le professeur Hamilton, et le chloroforme fut administré. M. Logan fit alors une incision de trois pouces de long immédiatement au-dessus de l'axe longitudinal de la rotule et jusqu'à l'os. Puis, avec un ténotome, en coupant sous la peau, il détacha le tissu fibreux épais qui revêtait les deux fragments de la fracture. Le second temps de l'opération consista à creuser un trou diagonalement à travers chaque fragment, ce qui se fit facilement à l'aide d'un poinçon. Un gros fil d'argent fut passé à travers les trous, et les fragments furent rapprochés le plus possible par la torsion des deux bouts du fil, qu'on amena hors de la plaie. On appliqua des compresses d'eau froide. La plaie se réunit en partie par première intention. Il n'y eut ni tuméfaction, ni suppuration notables.

Six semaines après l'opération, la consolidation parut si parfaite qu'on retira la suture métallique, et quatre semaines plus tard on commença des essais modérés de mouvements. Dans le cours du quatrième mois qui suivit l'opération, le malade commença à marcher sans béquilles, et deux mois après, l'usage du membre était assez bien rétabli pour permettre à l'opéré de reprendre sa profession de conducteur de voitures. Depuis, M. Logau s'est assuré, par des examens faits à diverses reprises, que la consolidation était parfaite; la rotule était peut-être un peu allongée, et si la réunion était ligamenteuse, certainement elle se comportait à tous égards comme si elle eût été osseuse. (*The Pacific medical Journal* et *Gaz. hebd.*)

Empoisonnement par le camphre. Un garçon de vingt mois, bien développé et bien nourri, bien portant encore dans la matinée du 5 mars, s'empare en l'absence de sa mère, à midi, d'un verre contenant de l'huile camphrée et en avale une petite quantité, à ce que suppose la mère, puisque à son retour elle sentit au gosier l'odeur du camphre. Jusqu'à deux heures et demie, l'enfant continue à jouer, mais après il semble paresseux, fatigué, veut rester assis sur les genoux de sa mère, sur lesquels il tombe sans connaissance et la face pâle au bout d'un quart d'heure. Puis se déclare une sorte de tétanos dans tout le corps, et à son arrivée le docteur Lemchen constate l'état suivant : l'enfant est absolument roide et atteint d'un commencement d'opisthotonos; il est froid, la figure fortement cyanosée, les yeux tournés en haut et en dedans, les pupilles contractées, insensibles à la lumière; le pouls excessivement faible, fréquent, à peine appréciable; les contractions du cœur inégales; la sensibilité de la peau diminuée; on sent encore au gosier l'odeur du camphre. La roideur tétanique

ne dure pas longtemps et est suivie de secousses convulsives dans les extrémités. Le docteur Lemchen prescrit un vomitif composé d'ipéca : les matières vomies de suite après répandent une forte odeur de camphre. Bientôt après le vomissement, l'enfant paraît plus tranquille ; la couleur et la chaleur de la peau se rétablissent ; il se développe de la chaleur et de la rougeur, surtout à la figure ; la face devient brûlante, le pouls plein, fréquent ; l'enfant tombe dans un sommeil ronflant. On applique alors des fomentations glacées sur la tête, on fait des irrigations d'eau froide sur tout le corps, on lave les pieds avec de l'eau chaude sinapisée, et l'on parvient à faire avaler à l'enfant de l'eau et du lait. Le soir il est devenu sensiblement plus tranquille, la peau est moins brûlante et le sommeil paraît être plus naturel. L'enfant dort toute la nuit, transpire le matin, se trouve bien à son réveil, a de l'appétit, et se trouve complétement rétabli le soir. Quant à la quantité d'huile camphrée que l'enfant a absorbée, il est impossible au docteur Lemchen de l'apprécier. (*Gazette médicale de Strasbourg.*)

Diathèse hémorrhagique grave, traitée par le vin à haute dose. Une femme fortement constituée, d'une santé habituellement bonne, avait les gencives ramollies et ulcérées à ce point que les dents étaient déchaussées dans toute leur hauteur. Il s'écoulait incessamment de la bouche une nappe épaisse de salive toute rougie de sang, et au milieu de laquelle filaient de temps à autre quelques caillots demi-fluides et noirâtres. La bouche était presque remplie entièrement par du sang demi-coagulé, qui apparaissait sous la forme de tractus déchirés dès que l'on faisait écarter les mâchoires. La langue était recouverte d'un caillot épais, et si on l'essuyait, on en voyait aussitôt sourdre le sang par quantité de petites gouttelettes. De temps à autre, il y avait dans la respiration une gêne très-prononcée ; puis il survenait quelques quintes de toux, et la malade rejetait des mucosités rougies de sang et même mêlées de caillots noirâtres. Le corps et les membres étaient tachetés de plaques bleuâtres ; les jambes et les cuisses étaient criblées de taches de purpura.

Cet état durait depuis quinze jours ; il avait été combattu de diverses manières, mais en vain, et la malade était dans un grand état d'affaiblissement. Tout d'abord, M. Faure ordonna une dose de scammonée et d'aloès ; le soir, il apprit que les selles avaient été accompagnées de sang. La malade prit successivement et en quantité souvent considérable des préparations de ratanhia, perchlorure de fer, limonades minérales concentrées, de l'eau de Rabel, etc. Chaque jour, les gencives, la langue et l'intérieur de la bouche recevaient des applications d'alun, de teinture d'iode, de perchlorure de fer pur. La malade gardait dans la bouche des tranches de citron, de la glace, sans cesse renouvelées. L'hémorrhagie resta toujours aussi considérable pendant quinze jours ; l'état de la malade ne faisait qu'empirer, et la situation devenait de plus en plus grave. Il était évident qu'il n'y avait plus rien à attendre des moyens locaux de traitement.

En présence de ce péril imminent, se rappelant ce qu'il connaissait des effets de l'ivresse sur les animaux soumis, dans un but expérimental, à l'action des alcooliques, M. Faure résolut de plonger sa malade dans un état profond d'ivresse, et de l'y maintenir pendant un temps prolongé. Il fit apporter du vieux vin de Bordeaux, en fit prendre à la malade plusieurs verres de suite, avec recommandation qu'on lui en administrât un verre par quart d'heure. Le soir, elle était effectivement aussi ivre que possible. On continua néanmoins toute la nuit à la faire boire Le lendemain matin, l'hémorrhagie était complétement arrêtée, et elle n'a pas reparu depuis. La toux, l'oppression, l'insomnie qui la tourmentaient depuis si longtemps, cessèrent. Enfin, chose bien digne de remarque, dès ce moment il ne se produisit plus de taches ecchymotiques, et celles qui existaient se résorbèrent en peu de jours. Pendant les quatre jours suivants, elle but de trois à quatre bouteilles dans les vingt-quatre heures. (*L'Événement médical.*)

Accidents provoqués par le calomel employé en collyre simultanément avec l'iodure de potassium chez une enfant atteinte de kératite diffuse. Ayant à traiter une petite fille de six ans atteinte d'ophthalmie scrofuleuse (conjonctivite granuleuse, kératite diffuse avec opacité et ulcérations de la cornée), M. le docteur

Hennequin eut d'abord recours au collyre à l'atropine (1/100e d'atropine) et aux applications sur l'œil malade de compresses imbibées d'une infusion chaude de fleurs de camomille. Sous l'influence de ce traitement local, aidé de l'administration de l'huile de foie de morue et du sirop d'iodure de fer, l'état de la malade s'améliora rapidement.

Les taches de la cornée persistant après la disparition des phénomènes inflammatoires et la cicatrisation des ulcérations, M. le docteur Hennequin prescrivit des insufflations de poudre de calomélas qui furent faites pendant assez longtemps sans déterminer aucune diminution de l'opacité de la cornée, *ni aucun accident non plus*. De guerre lasse, on abandonna enfin pendant trois semaines l'emploi de ce moyen ; et, pendant l'intervalle où tout traitement local était laissé de côté, M. Hennequin modifia le traitement interne, et se mit à faire prendre à sa malade *l'iodure de potassium en solution à la dose de* 50 *centigrammes par jour*.

Puis, dix jours après l'institution de cette médication, il revint aux insufflations de calomel, et c'est alors qu'il vit ces insufflations, d'une innocuité complète quelque temps auparavant, déterminer immédiatement les accidents les plus graves et le réveil de la phlegmasie, qui cependant paraissait éteinte et qui n'avait pu être rappelée par aucune autre cause appréciable.

Dès la première application du calomélas, l'œil devenait injecté, douloureux ; la photophobie revenait intense ; les paupières étaient tuméfiées, œdémateuses ; et après trois insufflations il devenait impossible de les entr'ouvrir. Des applications de compresses froides furent nécessaires pour apaiser un peu tout cet appareil inflammatoire ; les insufflations de calomel, il va sans dire, furent mises de côté ; et dès qu'il fut possible d'écarter assez les paupières pour se rendre compte de l'état des yeux, M. Hennequin constata que la lésion, point de départ des accidents, siégeait de chaque côté au fond du cul-de-sac qui existe entre l'œil et la paupière inférieure. Dans ce point la conjonctive était toute boursouflée, œdémateuse, grisâtre, et formait un bourrelet assez épais repoussant en avant la paupière inférieure. On ne pouvait s'empêcher, dit M. Hennequin lui-même, de reconnaître là *une eschare* humide dont l'élimination ne devait pas se faire longtemps attendre. En effet, quelques jours plus tard, *la partie de la conjonctive ainsi frappée de mortification tombait en deliquium, et les débris étaient entraînés avec la suppuration*. La cicatrisation de la plaie s'opéra d'une manière très-heureuse, sans qu'il se fît des adhérences trop étendues entre la conjonctive oculaire et la conjonctive palpébrale : et non-seulement cet accident n'eut aucune suite fâcheuse pour la mobilité du globe oculaire, mais on eut encore le bonheur de voir l'opacité de la cornée, qui avait jusque-là résisté à tous les moyens, disparaître rapidement, de telle sorte qu'on put regarder cette phlegmasie intercurrente comme la cause de la résolution de la kératite.

En relatant cette observation, M. le docteur Hennequin fait remarquer que les lésions observées chez sa malade avaient frappé les deux yeux précisément dans le même point, dans cette rainure oculo-palpébrale inférieure où, par l'effet de la station debout, viennent s'accumuler les larmes et les corps apportés de l'extérieur à la surface de l'œil. Il pense que l'iodure de potassium, administré depuis une dizaine de jours à sa malade, au moment où se sont développés les accidents mentionnés plus haut, devait se trouver en quantité notable dans les larmes. Les analyses chimiques faites sur les diverses sécrétions, et en particulier sur la sécrétion lacrymale, des malades soumis à ce traitement, autorisent à penser qu'il devait en être ainsi. Et alors, de la rencontre du calomélas insufflé sur la cornée avec l'iodure de potassium éliminé par les glandes lacrymales, a pu et dû résulter une double décomposition chimique, et la formation d'un sel métallique pouvant agir comme caustique, de l'iodure ou du bi-iodure de mercure probablement. Cette transformation chimique a pu être favorisée par la présence du chlorure de sodium tenu naturellement en solution dans les larmes.

Quoi qu'il en soit, la conclusion pratique à déduire de cette observation est qu'il faut éviter d'employer simultanément, chez un même malade, les applications locales hydrargyriques et l'administration à l'intérieur de l'iodure de potassium. (*Gazette hebdomadaire*.)

Spina bifida ; deux faits de guérison par les injections iodées. Ainsi que le dit l'un de nos confrères les plus distingués des départements, M. le docteur Caradec,

médecin de l'hôpital civil de Brest, il n'est plus permis de douter que la science ne soit maintenant en possession d'une méthode thérapeutique puissante pour combattre une affection dont on a trop proclamé l'infaillible léthalité, et que trop de praticiens encore, à l'heure qu'il est, considèrent comme incurable et préfèrent abandonner à son cours naturel, c'est-à-dire à une mort le plus habituellement bientôt certaine. En présence d'une telle opinion, en présence des conséquences qu'elle entraîne, il est toujours opportun de signaler, comme nous l'avons déjà fait maintes fois, les exemples de guérison.

Obs. I. Petite fille de un mois, en bon état sous tous les rapports, sauf l'exception de l'existence du spina bifida à la région lombaire ; lequel mesure 8 centimètres verticalement sur 6 transversalement. La peau qui recouvre la tumeur est rougeâtre, lisse sur certains points, rugueuse sur d'autres, mince et légèrement ulcérée au milieu dans l'étendue de 1 centimètre. A la lumière interposée convenablement, on reconnaît une transparence des mieux accusées, sans qu'on puisse discerner aucun corps opaque, c'est-à-dire aucune trace de la moelle ou des nerfs, condition très-favorable, très-importante à constater, dont témoignait, d'ailleurs, la motilité et la sensibilité des membres inférieurs, restées parfaitement normales. La base de la tumeur est large, sans pédicule: la fissure vertébrale n'est pas considérable. Le 21 juin 1866, ponction exploratrice avec le petit trocart de la seringue de Pravaz ; écoulement d'un liquide limpide, qui est complétement reformé deux jours après. Le 24, la poche ayant été vidée (non complétement), et une personne intelligente obturant l'ouverture vertébrale par l'application du doigt, injection d'une solution iodée au cinquième, la contenance d'une seringue Pravaz; puis, évacuation du liquide injecté, au bout de trois minutes; ensuite, badigeonnage de la surface de la tumeur avec du collodion, qui est étendu à 4 centimètres au delà ; par-dessus, compression modérée. A la suite de l'opération, agitation et fièvre pendant quelques heures seulement. Le 30 juin, tumeur à peu près aussi tendue; ponction et injection de deux seringues Pravaz de la même solution ; collodion, bandage compressif; moins d'agitation à la suite. La tension de la poche diminue. Le 6 juillet, nouvelle ponction ; quatre seringues de la solution iodée au quart ; collodion, bandage compressif. Un peu d'agitation et de fièvre. Le lendemain, la tumeur est assez tendue; mais, les jours suivants, les parois s'affaissent et commencent à s'indurer. Le 12 juillet, ponction, injection de six seringues d'injection iodée au tiers ; reproduction beaucoup moindre du liquide, affaissement et densité plus considérable des parois, qui deviennent opaques et marbrées par le fait du dépôt d'une substance plastique à l'intérieur. Deux ponctions encore, les 21 juillet et 2 août, suivies de l'injection de six seringues d'une solution composée d'eau et de teinture d'iode par parties égales, qui n'est évacuée qu'au bout de six et huit minutes. A partir de la dernière opération, les parois de la poche n'ont cessé de s'épaissir, de s'indurer et de se rétracter tellement que l'infundibulum osseux s'est trouvé fermé, et qu'on n'a plus perçu la moindre fluctuation. Pour plus de précaution, une compression a été maintenue sur l'emplacement de la tumeur. Depuis, la cure ne s'est pas démentie.

Obs. II. Dans le second fait, il s'agit d'un petit garçon de deux mois, fort, ayant toutes ses fonctions en bon état. Tumeur de 5 centimètres sur 3 1/2 à la région sacrée ; fissure vertébrale petite. Cinq ponctions, les 2, 7, 12, 18, 25 octobre, suivies d'injections d'une solution iodée, la première fois au cinquième et la contenance d'une seule seringue Pravaz; injections rendues, aux séances suivantes, de plus en plus actives et abondantes; application de collodion et compression après chaque opération. Ces injections sont de mieux en mieux supportées, et suivies de la diminution graduelle du liquide contenu dans la tumeur, ainsi que de l'épaississement et de l'induration de plus en plus prononcés des parois; guérison.

Dans un troisième cas qui s'est présenté à l'observation de M. Caradec, à peu près à la même époque que le précédent, quatre ponctions avaient déjà amené un résultat des plus favorables et qui promettait de donner un troisième succès, lorsque des imprudences de la mère, le mauvais régime alimentaire auquel l'enfant était soumis, le froid dont il n'était pas suffisamment garanti, déterminèrent une gastro-entérite qui

fit périr le petit malade. (*Union méd.*, 1867, nos 26 et 30.)

Noyé rappelé à la vie après deux heures de mort apparente. Il s'agit, dans ce cas, d'une des victimes de la catastrophe arrivée à Londres le 15 janvier dernier.

Requis, dit M. Dennan, pour visiter un cadavre qui venait d'être retiré de la pièce d'eau de Regent's park, je me fis donner, chemin faisant, des détails aussi circonstanciés que possible sur l'accident en ce qui concernait cet individu, et j'arrivai auprès du corps avec l'intention de l'examiner avec le plus grand soin. Cet homme paraissait tout à fait mort. Il avait quitté sa demeure en parfait état de santé, et était allé sur la glace pour prendre part à l'amusement général; c'était un de ceux qui se trouvaient à une certaine distance du bord lorsque la catastrophe était survenue. Il était resté submergé plusieurs minutes, et, avant de disparaître, s'était débattu dans l'eau pendant plus d'une demi-heure.

Le corps était gonflé, extrêmement froid. Il n'y avait pas de respiration, pas le plus faible battement du cœur; les pupilles étaient dilatées, les mâchoires serrées, les membres roides, au point que, pour enlever les vêtements, il fut nécessaire de les couper. Des mucosités spumeuses obstruaient la bouche et les narines.

Je le fis placer sur un plan incliné de 35 degrés, et je commençai, avec l'assistance de deux hommes qui l'avaient rapporté chez lui, à essayer de rappeler peu à peu la chaleur, frictionnant la totalité du tronc et des membres énergiquement et rapidement avec de la glace et de la neige, nettoyant la bouche et les narines, et faisant la respiration artificielle suivant la méthode de Silvester, dont je prolongeai les manœuvres pendant plus de deux heures. Après qu'une grande quantité de mucosités spumeuses eut été éliminée, quelques légers signes de vie se montrèrent, mais si faibles que je n'osai pas concevoir d'espérance.

Cependant je le fis bien envelopper de couvertures et je fis entourer ses pieds de bouteilles remplies d'eau chaude, tandis que j'appliquais des sinapismes sur la poitrine et que je le faisais frictionner, par-dessous les couvertures, avec de la flanelle chauffée. Je continuai ainsi trois quarts d'heure, en même temps que je persévérais à faire la respiration artificielle. Au bout de ce temps, des signes décisifs de retour à la vie se manifestèrent : les mâchoires s'entr'ouvrirent et la respiration se rétablit avec plus de facilité; elle devint plus libre encore après un vomissement déterminé à l'aide de quelques cuillerées d'eau tiède. On plaça alors le malade dans un lit bien bassiné et on lui donna un peu de thé chaud. A partir de ce moment il alla de mieux en mieux, et au bout de quelques jours il était complètement rétabli. (*Med. Press and circular*, 30 janvier 1867.)

Nouveaux exemples de réunion de parties plus ou moins complétement détachées. La collection du *Bulletin de Thérapeutique* renferme un grand nombre de faits de ce genre; néanmoins il est toujours instructif d'en faire connaître de nouveaux, et c'est ce qui nous détermine à consigner ici ceux qui suivent.

Le premier, que nous emprunterons à M. Dubreuil, professeur de la Faculté, a été observé, en 1865, chez un petit paysan de cinq ans, qui, en voulant hacher du bois avec un couperet, laissa retomber l'instrument sur l'index de la main gauche. M. Dubreuil, qui se trouvait à quelques pas, étant accouru à ses cris, constata que les téguments de la face dorsale et des régions latérales de la seconde phalange, ainsi que l'os lui-même, étaient divisés par une section oblique en avant et en dehors; le doigt ne demeurait adhérent que par un lambeau palmaire; l'absence d'hémorrhagie en jet donnait lieu de penser que les artères collatérales étaient intactes. Le premier mouvement de notre confrère fut, ainsi qu'il le confesse lui-même, de retrancher la partie presque détachée, et sa privation absolue de tout instrument approprié l'empêcha seule de pratiquer cette opération. Convaincu d'ailleurs que la nature se chargerait de l'élimination, mais voulant laisser au petit blessé le plus de chances possible, il rapprocha les parties divisées, les maintint au moyen de bandelettes de diachylum (qu'on trouva heureusement dans une maison voisine) et d'une petite attelle fabriquée à la hâte, puis plaça l'avant-bras et la main sur une planchette qui fut soutenue par une écharpe. Tout se passa bien les jours suivants, malgré l'indocilité du malade, et au bout d'une quinzaine la cicatrisation était complète. Quelque temps après, la plaie se rouvrit pour laisser sortir une parcelle d'os, puis

se referma de nouveau. Deux mois après l'accident, il ne restait qu'une cicatrice linéaire, et le doigt exécutait les mêmes mouvements que celui de l'autre main.

Ce fait intéressant a fourni au rédacteur du journal auquel nous l'empruntons, ainsi qu'à plusieurs de ses abonnés, l'occasion d'en faire connaître d'autres semblables, que nous nous contenterons de citer très-succinctement.

Réunion dans deux cas de séparation complète et un de séparation presque complète de parties de doigt, observés par MM. les docteurs Dubroca, Brochin et Cabanes (de Béziers), et publiés en 1839. — Seconde phalange de l'index droit coupée par un coup de hachette et ne tenant plus que par un lambeau de peau, réunion au bout de quinze jours : cette observation due à M. le docteur Bédié, médecin-major au 9e de ligne (1865). — Réunion obtenue par le docteur Geoffroy, chirurgien de l'hôpital civil de La Fère, chez un jeune garçon de sept ans qui avait eu la main droite presque entièrement détachée par une scie circulaire (1866). — Même année, doigt séparé, également par une scie, et ne tenant plus que par un mince lambeau, réunion : par le docteur Bloch (de Plombières). — Observation semblable par le docteur Camus (de Candy), dans un cas de séparation presque totale du petit doigt. — Enfin deux faits rapportés par M. David, élève en médecine, et empruntés à la pratique de son père, médecin dans le midi de la France, tous deux terminés d'une manière également favorable ; l'un de ces faits est remarquable par cette circonstance que quatre doigts se trouvaient à la fois presque totalement séparés et se sont réunis avec conservation à peu près parfaite des fonctions. (*Gazette des hôpitaux*, 1867, nos 14, 26 et 28)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

De l'action du sulfate de quinine sur le système nerveux. Des expériences faites sur des grenouilles, par M. Eulenberg, pour étudier les effets physiologiques du sulfate de quinine, ont fourni les résultats suivants :

1. Le sulfate de quinine, appliqué au moyen de l'injection hypodermique (de 3 à 12 centigrammes) produit, après une à cinq minutes, une lésion forte de la respiration et des mouvements du cœur.

2. La respiration devient irrégulière, faible ; les mouvements des flancs s'arrêtent d'abord, puis ceux de la région jugulaire et nasale. L'arrêt absolu des mouvements respiratoires s'opère, avec les grandes doses au bout de dix à quinze, avec les petites au bout de quinze à soixante-dix minutes. Aussi, avec les premières, la fréquence des mouvements respiratoires tombe continûment et d'une manière très-rapide, tandis qu'avec les petites choses cette diminution de fréquence est irrégulière et souvent interrompue par une augmentation passagère.

3. Les dérangements de l'action du cœur se manifestent surtout dans un décroissement de force et de fréquence des contractions cardiaques, décroissement lent, mais continu, et ne dépendant nullement des troubles de la respiration ; les pulsations du cœur cessent même beaucoup plus tard que les mouvements respiratoires, quelquefois au bout de quatre à cinq heures.

4. L'effet observé sur le cœur n'est pas non plus le résultat d'une influence exercée sur les nerfs vagues et sur la moelle allongée ; il se produit encore, les nerfs vagues étant auparavant coupés ; il résulte plutôt de l'action du poison sur la substance musculaire du cœur et sur les ganglions excitomoteurs situés dans le cœur même.

5. Le cœur arraché et plongé dans une solution (1 à 6) de sulfate de quinine neutre perd bien vite son incitabilité, mais pourtant plus tard qu'un muscle volontaire traité de même.

6. Les pulsations des cœurs lymphatiques (postérieurs) sont retardées et suspendues par l'effet du poison ; l'arrêt absolu de ces organes devance encore, dans la plupart des cas, la cessation des mouvements respiratoires.

7. Quelques minutes après l'empoisonnement, simultanément avec la faiblesse respiratoire, on observe dans les animaux un manque absolu de réaction pour les irritations externes. La plus forte irritation chimique ou mécanique de la peau ne donne plus lieu à aucun mouvement, excepté dans la cornée, qui conserve, un peu plus que tout le reste, son irritabilité.

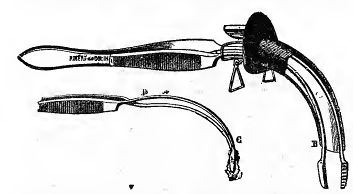
8. Cette perte générale d'irritabilité

ne résulte ni d'une lésion dans leurs fibres conductrices, ce qui se prouve facilement au moyen d'empoisonnements unilatéraux exclusifs ; elle dépend d'un trouble de fonction dans les appareils intermédiaires spinaux auxquels on doit attribuer les mouvements réfléchis. Le trouble de fonction se manifeste déjà à un moment où le passage centripète jusqu'au cerveau est encore libre et où peuvent surgir encore des mouvements spontanés. Donc, *le sulfate de quinine agit d'abord sur les foyers centraux des mouvements réfléchis dans la moelle, et ensuite sur les foyers cérébraux de la sensibilité et de la motilité volontaires.*

9. L'action réfléchie est suspendue de la même manière, qu'elle soit en état de santé ou de maladie, si l'on a pratiqué d'abord l'injection d'une petite quantité de nitrate de strychnine (0gr,001). *La strychnine et la quinine sont des antagonistes à l'égard de leur action réciproque sur les mouvements réfléchis.*

10. Le sulfate de quinine n'agit pas sur la contractilité musculaire, ni sur l'irritabilité des nerfs moteurs, ni de leurs extrémités périphériques intra-musculaires. Appliqué directement sur la section transversale d'un muscle volontaire, il détermine des contractions, il prive très-rapidement d'irritabilité le muscle plongé dans ladite solution, il n'agit pas sur la section transversale d'un nerf moteur. (*Académie des sciences.*)

Nouvelle pince à fausses membranes. MM. Robert et Collin ont fabriqué une pince à fausses membranes, destinée à extraire les



fausses membranes de la trachée sans retirer la canule. Cet instrument a été fait sur les indications de M. Valery Meunier.

Une double courbure des branches de la pince permet à son bec de s'écarter au diamètre de l'extrémité de la canule, de saisir facilement les fausses membranes et de les extraire. Cet instrument très-simple est employé depuis cinq ans dans la plupart des hôpitaux de Paris.

La figure B représente la pince vue ouverte.

La figure C la montre fermée.

(*Académie de médecine.*)

VARIÉTÉS.

Séance annuelle de l'Académie des sciences.

L'Académie des sciences a tenu sa séance publique annuelle le lundi 11 mars, sous la présidence de M. Laugier.

Voici les noms des médecins proclamés lauréats dans cette séance :

Le prix de physiologie expérimentale, fondé par M. Montyon, n'a pas été

décerné. Deux mentions honorables ont été accordées : l'une à M. Colin, professeur à l'Ecole d'Alfort, pour ses « expériences sur la chaleur animale ; » l'autre à M. Philipeaux, aide-naturaliste au Muséum de Paris, pour ses « études expérimentales sur la greffe animale, et sur la régénération de la rate chez les mammifères, et des membres chez les salamandres aquatiques. »

La Commission des prix de médecine et de chirurgie a demandé à l'Académie de décerner trois prix : 1° à M. le docteur Béraud, un prix de 2,500 francs ; à M. Benjamin Anger, un prix de 2,500 francs ; à M. Marey, un prix de la même valeur ; 2° à MM. Laborde, Sappey, Henri Liouville et Auguste Voisin, des mentions honorables avec 1,500 francs pour chaque mention.

Des citations très-honorables ont été accordées à MM. Demarquay, de Labordette, Bouchut, Empis, Edouard Fournié, Cahen, Jules Lemaire, Gimbert et Polaillon.

Une médaille de la valeur de 1,500 francs a été accordée à M. Namias, pour les efforts incessants que ce savant a faits pour l'étude des applications de l'électricité à la thérapeutique.

Le grand prix de chirurgie (20,000 francs) devait être accordé au meilleur travail sur la « conservation des membres par la conservation du périoste. » Il a été partagé entre M. Ollier et M. Sédillot.

M. Galibert est l'inventeur d'un appareil respiratoire, au moyen duquel on peut pénétrer et séjourner pendant quinze minutes environ dans un lieu rempli de gaz méphitiques. Déjà récompensé en 1865, M. Galibert a reçu cette année un nouvel encouragement de 1,000 francs, — prix des arts insalubres, — pour les perfectionnements apportés à son appareil.

Le prix Bréant (choléra) a été divisé de la manière suivante : à MM. Legros (d'Aubusson) et Goujon, une récompense de 2,000 francs ; à M. Thiersch, une récompense de 1,200 francs. Une citation très-honorable avec une somme de 800 francs à MM. Baudrimont et Jules Worms ; une citation honorable à M. Lindsay.

Le prix Barbier n'a pas été décerné, mais deux encouragements ont été accordés à MM. Lailler, pharmacien en chef de l'asile de Quatre-Mares, et à M. Deheaux, pharmacien militaire.

Les « Recherches sur l'anatomie et la pathologie des appareils sécréteurs des organes génitaux externes chez la femme, » de MM. les docteurs Aimé Martin et Henri Léger, ont valu à leurs auteurs le prix Godard.

Le prix de statistique qui, cette année comme l'année dernière, était disputé surtout par des médecins, a été décerné à M. le docteur Brochard, pour son travail « sur la mortalité des nourrissons en France... » Deux mentions très-honorables, l'une à M. le docteur Parchappe, pour ses « Rapports au ministre de l'intérieur, sur les maisons centrales de force et de correction, de 1851 à 1860 ; » l'autre à M. le docteur Le Fort, pour la partie statistique de son ouvrage sur « les Maternités et les institutions charitables d'accouchements à domicile dans les principaux Etats de l'Europe. » — Enfin deux mentions honorables : l'une à l'auteur d'un mémoire « sur les Rapports entre la population rurale et le travail agricole dans le département de Seine-et-Marne, de 1806 à 1856 ; » l'autre à M. le docteur Girard (de Cailleux), pour les « Documents statistiques sur l'Asile des aliénés d'Auxerre. »

Liste des médecins, élèves en médecine, pharmaciens et élèves en pharmacie qui ont obtenu des médailles à l'occasion de l'épidémie cholérique de 1866.

Alpes-Maritimes. — *Médaille d'or* : Le docteur Deporta, à Nice. — *Médaille d'argent* : Les docteurs Goiran, Barelli Malaussena, à Nice ; le docteur Montolivo, à Villefranche.

Ardèche. — *Médaille d'or* : Le docteur Vialette, à Chomérac.

Ardennes. — *Médaille d'argent* : Le docteur Saintin, à Vrignes-aux-Bois.

Bouches-du-Rhône. — *Médaille d'or* : Le docteur Melquiond, à Marseille.

Calvados. — *Médaille d'or* : Le docteur Vastel, à Caen. — *Médaille d'argent* : Les docteurs Denis-Dumont et Chancerel, à Caen. — *Médaille de bronze* : MM. Millevingt, Dutac, Ozanne, Lefèvre, élèves en médecine, à Caen.

Côte-d'Or. — *Médaille d'argent* : Le docteur Rolland, à Auxey-Meursault.

Côtes-du-Nord. — *Médaille d'or* : Le docteur Benoist, à Saint-Tréphine, — *Médaille d'argent* : M. Basset, officier de santé, à Saint-Tréphine.

Finistère. — *Médaille d'or* : Les docteurs Carof, à Brest ; Echalier, à Bohars ; Touchard, à Le Guilvinec. — *Médaille d'argent* : Les docteurs Miriel, Peuquer, Lezelenc, Caradec, à Brest ; Balestrié et Le Guillon, à Concarneau ; Beaugendre, à Moëland ; Lucar, Guillet, à Le Faou ; Mahé, à Guiparan ; Croc, à Landerneau, Macé, Louarn, à Audierne ; MM. Lairaud et Le Do, officiers de santé, à Lambézellec. — *Médaille de bronze* : Le docteur Danguy-des-Déserts, à Landernau.

Gard. — *Médaille d'or* : Les docteurs Réveilhe et Tribes, à Nîmes. — *Médaille d'argent* : Le docteur Larguier, à la Grand'Combe.

Hérault. — *Médaille de bronze* : Le docteur Nourrigat, à Nauguil.

Loir-et-Cher. — *Médaille d'or* : M. Schlésinger, officier de santé, à Mer.

Loire-Inférieure. — *Médaille d'or* : Le docteur Robert, à Indre. — *Médaille d'argent* : Le docteur Amelot, à Batz.

Mayenne. — *Médaille d'or* : Le docteur Ponthault fils, à Oisseau ; M. Desnos, officier de santé, à Evron. — *Médaille d'argent* : MM. Sourdin, officier de santé, à Evrou ; Divet, interne en médecine, en mission à Oisseau.

Morbihan. — *Médaille d'or* : Le docteur Fourquet, à Arzon. — *Médaille d'argent* : Le docteur Lemauff, à Arzon.

Moselle. —*Médaille d'or* : Les docteurs André, à Ars, et Comon père, à Longuyon. — *Médaille d'argent* : Les docteurs Gilbrin, à Ars ; Toussaint, à Boulay ; Zwykowski, à Villers-la-Montagne ; Comon fils, à Longuyon ; Perrin, à Einchwiller ; Schneider, à Marspich ; Barth, à Boulay ; Quarante, à Vallières ; Fourrier, à Serrouville ; Chollot, à Fontoy ; Chalot, à Eiuchwiller ; Culmon, à Forbach. — *Médaille de bronze* : Les docteurs Richet, à Boulay ; Vigel, à Viouville ; Herpin, à Metz-Woippy ; Bermont, à Norroy-le-Sec ; MM. Rosman, élève en médecine, en mission à Ars ; Maillard, élève en médecine, à Bérig ; Grandjean, élève en médecine, à Moyeuvre-Grande et Rombas.

Nièvre. — *Médaille d'or* : Les docteurs Gouson, à Saint-Benin-d'Azy ; Niélon, à Saint-Parize-le-Châtel. — *Médaille d'argent* : Les docteurs Mathieu, à Saint-Parize ; Doumic, à la Fermeté ; M. Rousset, élève en médecine, en mission à Rouy.

Nord. —*Médaille d'or* : Les docteurs Morisson, à Lille ; Bagneris, à Douai ; Castiau, à Vieux-Condé ; Deroy, à Estaires ; Lefèvre, à Valenciennes ; M. Daubresse, officier de santé, à Armentières. —*Médaille d'argent* : Les docteurs Lefebvre, Liagre, Carrette, Godefroy, Ficbaux, à Roubaix ; Lemaire et Zandick, à Dunkerque ; Laloy, Hadon, à Armentières ; Desmons, à Cysoing ; Debenne, à Bourbourg ; Cocheteux, à Valenciennes : Bourgogne fils, à Condé ; Six, Soins d'Aligambe, Houzé de l'Aulnoit, à Lille ; Léonardi, à Douai ; Delbecque, à Estaires ; M. Vilain, officier de santé, à Valenciennes. — *Médaille de bronze* : Les docteurs Dubay, à Armentières ; Cuvelier, à Comines ; Saulier, au Cateau ; Bollaert, à Bergues ; Vanverts, Petit, Baggio, Pucelle, Masurel, Huidiez, à Lille ; Martin, Bayart, Degandt, à Roubaix ; Havet fils, à Templeuve. Les officiers de santé Carpentier et Castel, à Roubaix ; Dusard, à Armentières ; Carrette, à Halluin ; Lemaire, à Lomme ; Barbry, à Watten ; Blanc, à Douai ; Anache, à Sin ; Honnard, Davaine, Ortille, Lantiaux, Bailleul, Paux, Boublet, Deblonde, Dubois, Choteau, Dupont, à Lille ; Philippart, Denis, Delcourt, à Roubaix ; Havet père, Hermant, à Templeuve ; Desprez, à Pont-à-Marcq ; Mayette, à Wattignies ; Dubuisset, à Ronchin ; Delcourt, à Marcq-en-Barœul ; Bernard, à Flers ; Gournez, à Somain ; Chrétien, à Nieppe.

Les élèves en médecine Mérieux, Bernaert, Sansen, Jacquemart, Deglave, Denis, Blanquart, Deltombe, Claisse, Descamps, Gras, Wattier, Duriez, Bourgain, Vincent, Plet, Hucguedieu, Maegt, Carpentier, Desoubry, Decaestecker, Pouillet (Marius), Labbé, David, Pierra, Boutry, Bleuzé, Dubois, Houzé, Hue, Pouillet (Alphonse), Courmont, à Lille ; Dewyn, à Halluin ; M. Deschodt, pharmacien, à Roubaix.

Oise. — *Médaille d'or* : Les docteurs Boursier et Roustan, à Montataire.

Pas-de-Calais. — *Médaille d'or* : Les docteurs Perrochaud, à Montreuil ; Danvin, à Hesdin ; Bezin, à Béthune ; Gros et Livois, à Boulogne-sur-Mer. — *Médaille d'argent* : Les docteurs Debée, à Arras ; Pollet, à Fleurbaix ; Delattre,

à Sailly-sur-la-Lys; Ovion et Flour, à Boulogne; Lecouffe, à Saint-Pierre-lez-Calais; Bunan, à Étaples; Delepouve, à Saint-Omer; Senlcck, à Fauquembergues; Beausseart, à Auxi-le-Château; Bacqueville, à Haillicourt; Lardent, à Saint-Omer et Arques. Les officiers de santé Tafiu, à Vitry; Guislain, à Arques. — *Médaille de bronze*: Les docteurs de la Perrotière, à Bully-Grenay; Maqueron, dans la vallée de la Gauche; Toffart, à Marles; Widhent, à Baicthum; Guilbert, à Coquelles; Huchette, à Montreuil; Butor, à Blendecques; Boutteaux, à Aire; Hannart, à Famechon; Huchette, à Fléchin. Les officiers de santé Tourtois, à Lestrem; Kossert, à Saint-Martin-au-Laërt. M. Bourdy, élève en médecine, à Sailly-sur-la-Lys.

Seine. — *Médaille d'or*: Les docteurs Tardieu, Hérard, Horteloup, Moutard-Martin, Mesnet, Lorain, Richard, Delpech, Hillairet, Béhier, Nonat, Marrotte, Gallard, Parrot et Raynaud, médecins des hôpitaux; Desquibes, membre d'une commission d'hygiène. — *Médaille d'argent*: Les docteurs Vaquez, Leménager, Erhardt, Deschamps, Lefeuvre, Ballet, médecins des Bureaux de bienfaisance. Les docteurs Gordier, Tissier, Fraigniaud, Thévenod, Calvy, Cahours, Colvis, membres de commissions d'hygiène. MM. Damaschino, Mouchet, internes des hôpitaux. MM. Ducom, pharmacien de l'hôpital Lariboisière, et Valhuet, pharmacien, membre d'une commission d'hygiène. — *Médaille de bronze*: MM. Hénocque, Hayem, Prompt, Derlon, Fumouse, de Lignerolles, Henriot, Tixier, Carville, Kohn, internes des hôpitaux. M. Suchard, externe des hôpitaux. M. Byasson, interne en pharmacie. M. Leroy des Barres, élève en médecine, en mission à l'île Saint-Denis.

Seine-Inférieure. — *Médaille d'or*: Les docteurs Vy, à Elbeuf; Dupont, à Veules; Pigné, à Lillebonne.

Somme. — *Médaille d'or*: Les docteurs Alexandre, Coulon, Antier, Lenoel, Nicaise, à Amiens; Faux, à Doullens; MM. Tardieu, interne des hôpitaux de Paris; Challier, externe des hôpitaux de Paris, en mission à Amiens. — *Médaille d'argent*: Les docteurs Tripier, à Domart; Dusevel, Delaire, Herbet, à Amiens; les officiers de santé Vincent, à Halloy-les-Pernois; Joer, à Rouville; Mahéliu père, à Raincheval; Rovillain, à Camou; MM. Liouville, Duprat, Penières, Peulevé, Lecourtois, Bourneville, Raymond, Culot, internes des hôpitaux de Paris, en mission à Amiens; MM. Deux, Semeré, Boulnois et Devauchelle, internes des hôpitaux d'Amiens. — *Médaille de bronze*: Les officiers de santé Mallet, à Doullens; Lesierce, à Coisy; Villin, à Quevauvillers; Goret, à Ruhempré; Harent, à Boves; Constantin, à Contre; MM. Soyez, Leroy, Macrez, Molliens, Tostain, Scribe et Dufourmantelle, élèves des hôpitaux d'Amiens.

Var. — *Médaille d'argent*: Le docteur Ghapuis, à Toulon; M. Comhal, officier de santé, à La Seyne; M. Gras, pharmacien, à Toulon; M. Gensollen, élève en médecine, en mission à Solliès-Pont. — *Médaille de bronze*: Les docteurs Giraux et Azan, à Toulon; les officiers de santé Grand, à Toulon; Latière, à La Seyne; M. Clouet, élève en médecine, à Toulon.

Vendée. — *Médaille d'or*: Le docteur Porteau, à Goëx. — *Médaille d'argent*: Les docteurs Rousse, à Foutenay; Robin, à Chaix.

Yonne. — *Médaille d'argent*: Le docteur Legendre, à Saint-Privé.

Algérie. — *Médaille d'or*: M. Lelièvre, officier de santé, à Alger; M. Stephann, élève en médecine, à Alger.

Orient. — *Médaille d'or*: Les docteurs Debrowolski et Mondière, à Beyrouth.

Par décret en date du 6 mars 1867, ont été nommés ou promus dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Frasseto, médecin principal de 2e classe; Cornac et Messager, médecins-majors de 1re classe.

Au grade de chevalier : MM. Jourdan, Dumont de Sournac, médecins-majors de 2e classe; Ferru, médecin aide-major de 1re classe; Le Roy, pharmacien-major de 2e classe; Faure-Lacaussade, vétérinaire en 1er.

Par décret en date du 9 mars, ont été nommés ou promus dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Gallerand, médecin professeur de la marine.

Au grade de chevalier : MM. Madon, Cerf-Mayer, Huiliet, médecins de 1re classe ; Jobet, Guyot, médecins de 2e classe de la marine.

Par décret en date du 16 mars, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur : MM. les docteurs Lautard, maire d'Entrevaux; David, maire d'Ecueillé ; Palanchon, maire de Cuisery ; Irihault, maire d'Airvault.

Par arrêté de M. le préfet de la Seine en date du 28 février dernier, M. le docteur Auguste Voisin, médecin de Bicêtre, a été nommé médecin de la Salpêtrière, en remplacement de M. le docteur Falret père, démissionnaire.

Par un second arrêté en date du même jour, M. le docteur Legrand du Saulle a été nommé médecin de Bicêtre, en remplacement de M. Auguste Voisin.

Par un troisième arrêté, M. Dagonet, médecin en chef de l'asile des aliénés de Stephansfeld, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, a été nommé médecin en chef de l'asile clinique des aliénés de Sainte-Anne.

M. le docteur Hildenbrand, médecin-directeur de l'asile de Saint-Alban, est nommé médecin en chef de l'asile de Stephansfeld, en remplacement de M. Dagonet.

Par décision ministérielle du 6 février 1867, M. Léon Colin, professeur agrégé à l'Ecole impériale d'application de médecine et de pharmacie militaire, a été nommé professeur à ladite Ecole (chaire des maladies et épidémies des armées), en remplacement de M. Laveran, promu médecin inspecteur.

Par arrêté de M. le sénateur, préfet de la Seine, M. le docteur Jules Falret est nommé médecin de Bicêtre, en remplacement de M. le docteur Prosper Lucas, passé à l'asile Saint-Anne.

Par décret en date du 13 mars 1867, ont été nommés, dans le corps des officiers de santé de l'armée de terre :

Au grade de médecin principal de 1re classe. — Choix, M. Chenu, médecin principal de 2e classe, en remplacement de M. Laveran, promu. — Choix, M. de Santy, médecin principal de 2e classe, en remplacement de M. Varlet, décédé.

Au grade de médecin principal de 2e classe. — Choix, M. Martenot de Cordoux, médecin-major de 1re classe, en remplacement de M. Theullier, retraité. — Choix, M. Carnier, médecin-major de 1re classe, en remplacement de M. Chenu, promu. — Choix, M. Mercier, médecin-major de 1re classe, en remplacement de M. Santi, promu.

Au grade de médecin-major de 1re classe. — Ancienneté, M. Windrif, médecin-major de 2e classe au 7e régiment de hussards, en remplacement de M. Trudeau, promu. — Choix, M. Villemin, médecin-major de 2e classe, en remplacement de M. Martenot de Cordoux, promu.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — Ancienneté, M. Gauvin, médecin aide-major de 1re classe, en remplacement de M. Bessière, promu.

Un de nos honorables collègues, M. le docteur Lelièvre, de Méhun-sur-Yèvre (Cher), nous prie d'annoncer qu'il désire céder gratuitement sa clientèle à un jeune médecin.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'emploi de l'hydrochlorate d'ammoniaque dans les engorgements laiteux du sein et dans les tumeurs lymphatiques.

Leçon clinique faite à l'Hôtel-Dieu, par M. Guéneau de Mussy,
Membre de l'Académie de médecine.

J'ai trouvé dans la salle Saint-Bernard une jeune femme accouchée depuis trois semaines, qui, peu de jours après ses couches, avait eu des gerçures au sein gauche; ces gerçures devinrent le point de départ d'une lymphangite mammaire. Le travail inflammatoire s'étendit au tissu connectif qui sépare et unit les éléments glandulaires; il en résulta un vaste abcès auquel on donna issue par une incision de l'autre côté. Vous avez pu voir une gerçure profonde qui exulcère le mamelon; cette femme a tenté de continuer l'allaitement, mais le sein incomplétement vidé peut-être et souvent congestionné par des des efforts de succion que la douleur forçait à interrompre, est devenu dur, gonflé, douloureux; on sentait sous la peau, qui était tendue et rouge par places, des agglomérations de conduits sinueux constituées par les vaisseaux galactophores. J'essayai, chez cette malade, une médication qui m'a donné souvent d'excellents résultats, et, tout dernièrement encore, chez une malade de la salle Saint-Raphaël, présentant un engorgement laiteux avec un gonflement, des douleurs et une rougeur localisée si intense, que nous avons tous craint un commencement de suppuration. Cette médication consiste dans l'application de cataplasmes arrosés d'une solution de chlorhydrate d'ammoniaque. Je fais dissoudre ce sel à la dose de 10 ou 20 pour 100, suivant les cas, dans une décoction de pavots ou dans de l'eau additionuée de teinture thébaïque. Je ne regarde pas l'addition du narcotique comme indifférente: non-seulement il calme la douleur qui augmente et entretient la fluxion, mais il diminue les sécrétions glandulaires, et M. Pétrequin a proposé et employé avec succès les topiques opiacés dans la galactorrhée.

Chez notre malade, j'ai fait cesser l'allaitement, également nuisible, dans ces conditions, à la mère et à l'enfant; car celui-ci était condamné à sucer un mamelon suppurant et le lait d'un sein malade. Je prescrivis un purgatif; je restreignis le régime. Le volume de la mamelle a considérablement diminué, il est devenu indolent même sous la pression, cependant on sentait encore à la partie in-

férieure un noyau d'engorgement, gros comme une noix et qui avait quelque chose de suspect, d'autant plus que le sein étant œdématié autour de ce noyau, on pouvait craindre qu'il n'y eût dans ce point une inflammation plus intense et une infiltration purulente. Cependant, je le répète, il n'y avait aucune douleur et le reste de la glande était revenu à ses conditions normales. Nous continuâmes l'emploi du topique résolutif, et le sein, quelques jours après, revint complétement à son état normal.

Le sel ammoniacal m'a donné aussi de bons résultats dans certaines formes d'adénites à forme subaiguë. Chez les sujets lymphatiques, par exemple, on voit survenir quelquefois, dans le cours d'une amygdalite ou d'une affection des téguments à la tête, des engorgements des ganglions cervicaux qui survivent à la lésion dont ils ont été la conséquence.

Dans ces cas-là, je fais enduire la région malade deux ou trois fois par jour avec une pommade composée de 30 grammes d'axonge, 5 grammes de sel ammoniacal et 1 gramme de camphre. On la recouvre ensuite d'une ouate de coton.

Cette médication est une variante de la pratique populaire qui fait appliquer de la laine grasse sur les ganglions engorgés, car cette laine grasse renferme du carbonate d'ammoniaque.

J'ai constaté, il y a deux ans, l'action résolutive de cette pommade, chez une jeune fille de huit ans, dont la mère et la sœur étaient mortes tuberculeuses et qui présentait un engorgement considérable des ganglions et du tissu cellulaire situés au-dessus du ligament de Fallope droit. Tout le tiers inférieur de la fosse iliaque interne était occupé par une tumeur dure, mamelonnée, au centre de laquelle on sentait un point fluctuant. La peau amincie ne tarda pas à s'ulcérer, et il s'écoula un ichor visqueux tenant en suspension des particules caséiformes. La petite ouverture resta fistuleuse ; cependant la tuméfaction ambiante n'avait pas sensiblement diminué. Cette jeune fille gardait le lit depuis plusieurs mois, au grand détriment de sa santé générale. On avait déjà essayé une foule de résolutifs en bains, pommades, emplâtres, et on avait en même temps cherché à relever l'activité nutritive par l'emploi intérieur du quinquina, de l'iodure de potassium et des ferrugineux. J'essayai la pommade ammoniacale, et, au bout de quelques semaines, la tuméfaction avait subi une diminution notable ; une petite rechute provoquée par une imprudence fut promptement réparée, et, après trois mois de ce traitement, cette jeune fille, qui pendant les quatre ou cinq mois précédents n'avait éprouvé aucune amélioration,

fut assez bien guérie pour quitter son lit, marcher sans souffrance, reprendre la vie habituelle, conservant à peine un très-léger empâtement de la région iliaque, qui ne lui causait aucune douleur et aurait passé inaperçu si on ne l'avait pas cherchée avec attention dans cette région, naguère occupée par une tuméfaction considérable. A plusieurs reprises, une éruption d'aspect miliaire, provoquée par la pommade, força pendant quelques jours à en suspendre l'emploi, auquel on revenait dès que l'irritation des téguments était apaisée.

Messieurs, de nos jours, ce sel ammoniacal n'est guère employé qu'en applications topiques dans des cas d'hydarthrose ou d'arthrite chronique. Je vous ai dit comment j'avais été conduit à l'essayer dans l'adénite par l'emploi vulgaire de la laine grasse. C'est le cas de dire : *Nil sub sole novum*. Dans l'*Apparatus Medicaminus* de Gmelin, vous trouvez que Schneider l'avait conseillée dans les tumeurs lymphatiques, et que Justamond l'employait dans les engorgements du sein. On y trouve même l'indication de son emploi topique récemment préconisé dans les affections gangréneuses. Gmelin commence l'histoire de ce médicament par cet éloge qui vous paraîtra un peu hyperbolique : *Medicaminum facile princeps.* Pauvre prince, qui, comme tant d'autres, n'a eu qu'un règne éphémère ; mais, si on l'avait trop exalté, n'a-t-il pas été compris injustement, avec beaucoup d'autres agents thérapeutiques utiles, dans la proscription et l'oubli ?

Sans doute, la crédulité de nos pères avait trop facilement prêté aux médicaments des propriétés qui n'avaient pas été suffisamment démontrées. Broussais fit table rase de toutes ces croyances, déjà ébranlées par le scepticisme des nosologistes. Sans doute, s'il a été le fléau de l'humanité par la pratique sanguinaire, il a servi la science autrement qu'il ne le voulait en la faisant sortir de l'ornière de la routine. Mais il nous avait réduits pendant vingt-cinq au formulaire de Sangrado ; c'est depuis trente ans à peine qu'on cherche à renouer la chaîne des traditions brisées, et à soumettre les agents pharmaceutiques, quelque temps négligés, à des expériences plus sévères et plus concluantes. Il faut marcher dans cette voie, éclairés par la méthode expérimentale, qui est vieille comme la science sans doute, mais que nous pouvons appeler moderne, par la rigueur et la précision que nos contemporains ont su lui donner.

Du traitement hygiénique et thérapeutique de la goutte [1];

Par M. le docteur Durand-Fardel, médecin inspecteur des sources d'Hauterive, à Vichy, vice-président de la Société d'hydrologie médicale de Paris, etc.

Le *traitement thermal* de la goutte a été l'objet d'études et de discussions qui demandent à être éclaircies avec une précision toute particulière. Il est représenté, en France au moins, d'une manière à peu près exclusive, par les eaux de Vichy.

L'application de ces eaux est encore, pour beaucoup de praticiens, le sujet d'incertitudes dont il importe de fixer le caractère. J'ai présenté précédemment quelques considérations théoriques sur le mode d'action des eaux de Vichy dans la goutte : c'est le côté pratique de cette médication qu'il nous reste exclusivement à envisager.

Les eaux de Vichy, employées d'une manière conforme aux indications qui ont été exposées, ont pour effet ordinaire d'amoindrir la goutte non-seulement dans ses manifestations, mais encore dans sa virtualité. Comme je l'ai dit, elles paraissent agir en corrigeant, dans une certaine mesure, l'anomalie de l'assimilation que nous révèlent les produits définitifs de l'affection. Ce n'est donc pas directement sur les manifestations de la goutte qu'elles agissent, c'est sur l'affection elle-même. Aussi voit-on alors, à mesure que les attaques de goutte s'amoindrissent et s'éloignent, la santé générale se maintenir ou s'améliorer, et, ce qui est le point le plus important, sans qu'aucun autre état pathologique vienne prendre la place des phénomènes amoindris. Je dis amoindris et non supprimés : en effet, si j'ai pu signaler des cas où la goutte a paru disparaître et guérir, ne s'étant montrée que comme un état transitoire de l'organisme, je ne connais aucune médication particulière à laquelle il soit possible d'en faire honneur. Mais ce que je puis affirmer, d'après une expérience de vingt années, qui m'a permis de poursuivre l'observation pendant des périodes aussi prolongées qu'il convient en semblable matière, c'est que la goutte s'amoindrit le plus souvent, et se réduit à des manifestations plus tolérables, ou même insignifiantes, sous l'influence des eaux de Vichy administrées méthodiquement, et alors, bien entendu, que les malades se tiennent dans des conditions hygiéniques favorables à un pareil résultat.

Je sais que telle n'est pas l'opinion universellement adoptée, et qu'en particulier mon savant maître, M. Trousseau, s'élève obsti-

[1] Suite et fin, voir la précédente livraison, p. 241.

nément contre une pareille proposition. Sans contester cette action salutaire des eaux de Vichy qu'il a, plus que beaucoup d'autres, eu l'occasion de constater, il affirme « qu'il ne connaît pas de médication plus périlleuse que celle de ces eaux, administrées sans réserve, sans discernement, sans tenir compte des conditions individuelles de santé, de forme de la goutte, sans faire attention si l'accès passé l'est déjà depuis assez longtemps, s'il n'y a pas imminence d'une nouvelle attaque [1]. »

C'est là précisément qu'est la question. La goutte est une maladie telle que toute médication effective, administrée d'une manière irrégulière ou inopportune, peut entraîner les plus graves conséquences. Aussi est-il important de préciser les indications qui doivent présider à l'emploi des eaux de Vichy. J'ai pris soin de le faire dans mainte publication, et je crois l'avoir fait avec toute la clarté désirable.

L'indication des eaux de Vichy se rapporte spécialement à la goutte régulière, articulaire, à déterminations franches et nettement fluxionnaires. Elles ne doivent donc être administrées, suivant les règles absolues que j'ai posées plus haut, qu'en dehors des manifestations fluxionnaires de la goutte, c'est-à-dire à une aussi grande distance que possible des accès, soit après leur complète évolution, soit avant leur apparition future. C'est de cette manière qu'on parvient à ne les adresser qu'à l'affection elle-même, et non point à ses manifestations, qu'il faut toujours préserver de toute intervention perturbatrice. Ceci n'est, du reste, que l'application des principes élémentaires de tout traitement de la goutte.

Telle est l'indication nette et précise du traitement thermal de Vichy dans la goutte. Plus l'affection s'éloigne du type que je viens de tracer, plus elles sont contre-indiquées.

Trois circonstances capitales signalent la contre-indication des eaux de Vichy : le caractère mobile ou irrégulier de la goutte, le caractère atonique des déterminations goutteuses, l'état cachectique.

Le traitement thermal possède une tendance assez déterminée à provoquer les manifestations actives de la goutte. Il n'est pas rare de voir des accès survenir sous son influence, soit pendant sa durée, soit après son achèvement. Or, chez les individus disposés aux manifestations irrégulières de la goutte, il est toujours à craindre que cette action provocatrice ne se fasse sentir suivant la direction ano-

---

[1] Trousseau, *Clinique médicale*, 1re édit., t. II, p. 744.

male qui leur est familière, et sous une forme d'autant plus grave qu'une impulsion artificielle sera venue s'ajouter ici à celle qui appelait déjà la goutte ailleurs qu'à son siége d'élection.

La même raison contre-indique les eaux de Vichy dans la goutte atonique, à manifestations torpides et dépourvues de réaction ; car plus les manifestations de la goutte sont atoniques, et plus facilement elles se déplaçent de leur siége régulier pour atteindre quelques autres points de l'économie.

Enfin, si les eaux de Vichy sont parfaitement appropriées à certaines cachexies, cachexie dyspeptique, cachexie paludéenne, cachexie des pays chauds, elles sont absolument inapplicables à la cachexie goutteuse, comme aux cachexies séreuses, dans l'hydropisie, quel qu'en soit le point de départ.

C'est aux applications inopportunes des eaux de Vichy aux cas de ce genre qu'il faut attribuer les résultats fâcheux de ce traitement qu'ont signalés plusieurs auteurs, et que M. Blondeau a rassemblés dans une thèse fort intéressante [1]. Mais il s'agit ici d'une médication contre-indiquée ou mal administrée, et de semblables observations peuvent être faites à propos de toutes les médications actives, et particulièrement des médications dites altérantes. Il me suffira de rappeler ici les effets de la médication mercurielle dans la syphilis, alors qu'elle n'est pas soumise à une direction méthodique et mesurée.

Mais si les eaux de Vichy se trouvent contre-indiquées dans la goutte atonique, ou chez les goutteux atoniques, d'autres eaux minérales paraissent propres au contraire à exercer, dans les cas de ce genre, une action reconstituante, salutaire, ainsi les eaux de Wiesbaden et les thermes analogues. M. Braun [2] et M. Gergens [3] assurent que, dans les formes torpides de la goutte, ces eaux exercent sur l'état général de l'organisme une action qui tend à ramener et à fixer sur les articulations des manifestations mobiles, et que l'affaiblissement de la constitution tendait à rendre de plus en plus désordonnées.

C'est surtout aux eaux sulfureuses que M. Pidoux attribue des applications particulièrement utiles, dans les cas auxquels je fais allu-

(1) L. Blondeau, *Des inconvénients de la médication thermale, et des eaux de Vichy en particulier, dans le traitement de la goutte*, thèse de Paris, 1851.

(2) Ch. Braun, *Monographie des eaux de Wiesbaden*, 1862, 2e cahier, p. 67.

(3) Gergens, *Traité des eaux minérales du duché de Nassau*, traduit par M. Kaula ; 1852, p. 122.

sion : « Je suppose, dit-il, qu'on ait intérêt à reconstituer une goutte ou un goutteux. Je ne fais que nommer les eaux ferrugineuses, sans nier leur importance, ainsi que les eaux chlorurées sodiques, et j'arrive aux eaux qu'on peut appeler régénératrices de la goutte : ce sont les eaux sulfurées. Je regarde cela comme une propriété caractéristique de ces eaux, et la plus importante. Ce pouvoir de régénérer la goutte est adéquat à celui de guérir la scrofule ; non que, pour guérir la scrofule, il faille susciter la goutte, mais parce qu'une des conditions de cette guérison consiste dans la formation d'une sorte de tempérament sanguin factice, et que le tempérament sanguin est le terrain propre de la goutte. Les sulfureux réintègrent plus puissamment l'hématose, et surtout plus solidement que les ferrugineux. Que les eaux sulfureuses poussent à la goutte, ce n'est pas douteux ; que, par la même raison, elles excitent les reins, congestionnent le foie, stimulent le cœur, ces siéges d'élection de la goutte et du rhumatisme viscéral, cela ne me paraît pas moins certain. Ces propriétés peuvent être parfaitement utilisées chez des sujets lymphatiques et goutteux par hérédité, lesquels sont en proie à des accidents pulmonaires, gastriques, graves et rebelles, tant que, sous l'influence d'une révivification de l'arthritis par les eaux sulfurées, ils n'ont pas fait dominer l'un de ces éléments de leur maladie sur l'autre [1]. »

B. *Traitement des manifestations goutteuses régulières ou de l'accès de goutte.* — On peut établir en principe que, dans l'accès de goutte, le meilleur traitement consiste à n'en pas faire. Tenir le malade dans les conditions les mieux appropriées à l'état inflammatoire, ou simplement douloureux, que détermine l'accès, tel est le rôle très-simple qui incombe le plus souvent au médecin. « Au début de ma pratique, dit M. Trousseau, j'ai tenté, comme beaucoup d'autres, de lutter contre le mal ; aujourd'hui je reste les bras croisés ; je ne fais rien, absolument rien, contre les attaques de goutte aiguë, alors surtout qu'elles prennent un individu dans la force de l'âge. En plus d'une occasion, j'ai eu à me repentir d'être sorti de cette inaction, et j'ai compris combien une thérapeutique active pouvait être périlleuse. »

Cependant il peut se rencontrer des circonstances qui réclament une intervention plus active de la part du médecin : ainsi un accès

---

[1] Pidoux, *Annales de la Société d'hydrologie médicale de Paris*, 1860-61, t. VII, p. 207.

dont l'intensité ou la durée dépasse les bornes ordinaires ; ou bien des complications plus ou moins graves, mais qui se présentent comme un incident très-fréquent des accès intenses.

Dans les accès de goutte de faible ou moyenne intensité, sans fièvre, il suffit de tenir la partie douloureuse enveloppée et à l'abri du contact de l'air. On entoure le pied ou la main de couches superposées de ouate, de flanelle et de toile imperméable, serrées modérément, de manière à tenir la partie malade comme dans un sac, qu'on ne développe qu'après un ou plusieurs jours ; on trouve alors les parties recouvertes et les tissus qui les enveloppaient baignés d'une exsudation séreuse abondante. On se trouve très-bien aussi de recouvrir aussi exactement que possible les surfaces rouges et douloureuses, et au delà, avec un papier agglutinatif. S'il n'y a point de fièvre, le séjour au lit est inutile ; mais le repos doit toujours être prescrit, et ce n'est jamais une époque convenable pour *tracasser* la goutte.

Dans les accès très-douloureux et inflammatoires, le malade doit rester alité, faire usage de boissons rafraîchissantes et acidulées, garder une diète absolue, mais que l'on prolongera le moins possible, si la fièvre est intense et l'inappétence complète, sinon prendre des potages légers ou au moins du bouillon.

Il n'y a aucun avantage à recourir aux diurétiques ; d'abord ils restent généralement sans effet, l'activité vitale se trouvant trop concentrée vers la périphérie, pour pouvoir répondre vers les reins ; et dans les gouttes considérables des extrémités inférieures ou généralisées, les moindres déplacements sont si intolérables, que la miction, comme la défécation, s'en trouvent comme suspendues.

Aussi est-il difficile, pendant un certain temps, de faire aucune tentative pour vaincre la constipation. Je parlerai tout à l'heure de l'opportunité des purgatifs. Les lavements sont indiqués, tant qu'ils sont praticables, et j'ai vu plus d'une fois un lavement purgatif, administré à la suite d'une constipation forcée et prolongée, amener une détente considérable dans la fluxion douloureuse des jointures. En général, dans ces gouttes inflammatoires, je fais recouvrir les articulations malades de cataplasmes de farine de lin, renouvelés le moins souvent possible, arrosés fortement de laudanum si les douleurs sont très-vives. Il est des malades qui ne peuvent les supporter, et qui préfèrent tenir les surfaces fluxionnées libres et à l'air. Le cataplasme de Pradier a joui longtemps d'une grande réputation. Il agit, comme l'indique sa composi-

tion [1], en activant la fluxion goutteuse : il est donc tout à fait contre-indiqué lorsque celle-ci peut être jugée suffisante, mais il peut être utile dans les cas contraires.

Toutes sortes de moyens locaux ont été préconisés et employés dans les accès de goutte. Sans doute, s'il ne s'agissait que de tempérer ou d'enrayer une inflammation ordinaire, on ne saurait blâmer de pareilles tentatives; mais si l'on doit agir dans le sens de la répression d'une fluxion goutteuse articulaire, je crois qu'on ne ferait généralement qu'une médication inutile et dangereuse. Dans un ouvrage récemment publié par deux médecins distingués, on trouve en tête du traitement de l'attaque goutteuse : « Irrigations d'eau froide sur les jointures ; immersion des pieds affectés dans un vase d'eau froide, et boissons froides et glacées [2]. »

Les applications froides ont été recommandées par beaucoup d'auteurs, Giannini en particulier, sous toutes les formes ; les boissons à la glace ; l'eau chaude aussi, 48 verres de six onces, un tous les quarts d'heure (pratique de Cadet de Vaux), toujours dans le but de prévenir l'accès de goutte, ou de le guérir quand il était commencé (Guilbert). Ceci commande le rejet de toutes ces médications inopportunes, dont je ne ferai pas le dénombrement, et auxquelles le colchique serait encore préférable, si l'on admettait un ordre d'idées que l'on doit rejeter absolument [3].

Cependant je m'arrêterai un instant sur les applications froides appliquées à la goutte aiguë. M. L. Fleury, après avoir exprimé que la médication hydrothérapique excitante, c'est-à-dire l'emploi généralisé de l'eau froide, doit être bannie des périodes aiguës de la goutte, où il en a constaté lui-même les déplorables effets, ajoute que : les applications réfrigérantes, c'est-à-dire antiphlogistiques et

---

[1] Voici la formule du *remède de Pradier :*

Baume de la Mecque		25 grammes.
Quinquina rouge		30 —
Safran		15 —
Sauge	àâ	30 —
Salsepareille		
Alcool		1gr,500

Ce liquide est versé sur un cataplasme enveloppant les extrémités inférieures jusqu'au-dessus des genoux.

[2] Bouchut et Desprès, *loc. cit.*, p. 667.

[3] Dans tous les cas, je ne saurais admettre l'emploi topique du froid que dans un cas diamétralement opposé, pour rappeler, par un effet de réaction, un accès de goutte supprimé.

sédatives (compresses, immersions, affusions), aidées de la position et parfois des enduits imperméables (collodion élastique), lui ont constamment fourni les meilleurs résultats, et qu'il a souvent fait *avorter l'accès* complétement et dissipé tous les accidents dans l'espace de quelques heures [1].

C'est là une pratique qui, je viens de le dire, m'inspire beaucoup de méfiance. On va voir que les assertions de M. Fleury ne sont pas de nature à rassurer précisément sur ce sujet : « Nous ne conseillons pas, dit-il, de *faire avorter* l'accès de goutte, dès sa première manifestation, au moyen de la glace ou d'eau très-froide, mais nous affirmons que, lorsque la maladie s'est *localisée*, l'on peut employer sans danger, et avec de très-grands avantages, les applications sédatives pratiquées avec de l'eau à 10 ou 12 degrés centigrades [2].

Mais, que l'on fasse avorter un accès de goutte avec de l'eau glacée ou avec de l'eau à 12 degrés, du moment qu'il *avorte en quelques heures*, c'est toujours la même chose. Pourquoi donc M. Fleury défend-il une pratique et conseille-t-il l'autre ? Dans tous les cas, il reste évident que le traitement sédatif de l'accès de goutte par l'eau froide est un traitement *abortif* : cette expression permet donc d'en apprécier la portée, et laisse le médecin juger de l'opportunité de son emploi.

Il semble que les mêmes inconvénients ne sauraient concerner l'application de sangsues *loco dolenti*. On appelait, au siècle dernier, *remède de Paulmier*, une application méthodique de sangsues sur les jointures douloureuses [3]. Cette pratique n'offre pas les mêmes risques que l'application du froid, mais elle ne produit généralement que des résultats fort peu satisfaisants, elle paraît plutôt troubler qu'amender la marche des accès. Je n'ai rencontré qu'un très-petit nombre de personnes qui l'eussent employée avec quelque avantage. Il faut ajouter, du reste, qu'elle est fort peu usitée aujourd'hui.

La saignée est plus intéressante à considérer. En règle générale, elle doit être bannie de l'accès de goutte. Elle peut exercer sur ce dernier une action perturbatrice très-fâcheuse, et répétée, dans de fréquentes occasions, elle exercerait sur l'état général de l'économie une influence également très-fâcheuse. Il y a cependant des cas où elle se trouve tout à fait indiquée. Il arrive quelquefois que

---

(1) L. Fleury, *Traité thérapeutique et clinique d'hydrothérapie*, 1866, p. 458.

(2) Fleury, *loc. cit.*, p. 460.

(3) Paulmier, *Traité méthodique et dogmatique de la goutte*, 1769.

l'accès de goutte s'accompagne d'un appareil inflammatoire très-considérable, et plus marqué proportionnellement que la fluxion articulaire. Celle-ci est très-répandue, les douleurs sont très-violentes, mais n'atteignent pas généralement l'apogée des douleurs goutteuses. La peau est brûlante, le pouls très-plein et vibrant, la face colorée, les yeux injectés. Ceci s'observe ordinairement chez des sujets sanguins et robustes. Une saignée générale, modérée, amène alors une détente salutaire, et dans l'état inflammatoire général et dans l'état articulaire. Dans d'autres circonstances, on voit l'accès de goutte s'accompagner d'oppression, de resserrement thoracique, d'anxiété ; le pouls est comprimé, les battements du cœur sont embarrassés. Une saignée générale, peu abondante, amène dans de semblables cas un soulagement urgent, et ne fait que favoriser le développement de la fluxion articulaire.

Beaucoup d'auteurs, Barthez en particulier, ont considéré les applications narcotiques comme dangereuses. Je crois qu'ils en ont exagéré les inconvénients ; mais il est certain qu'on en obtient peu de résultats. Il en est de même des narcotiques à l'intérieur, sauf cependant dans certains cas où les douleurs ont plutôt une apparence névralgique que fluxionnaire. L'opium réussit peu en général. La belladone m'a fourni quelques bons résultats. La vératrine, fractionnée par doses de 1 centigramme, a été employée avec succès (Aliès) [1].

Il faut se garder, pour des raisons faciles à comprendre, d'administrer des purgatifs énergiques pendant la durée de l'accès. Cependant, il importe beaucoup de tenir le ventre libre, surtout lorsque la défécation n'est pas rendue intolérable par les douleurs. Je me suis bien trouvé de prescrire journellement de 10 à 12 grammes d'huile de ricin ; c'est une pratique familière aux Anglais. A la suite des accès de goutte un peu intenses, il existe presque toujours un état d'embarras gastro-intestinal qui indique une purgation.

S'il ne faut agir qu'avec beaucoup de réserve sur les voies digestives, on pourrait s'adresser avec beaucoup plus de hardiesse au tégument externe. Mais, dans la goutte franchement inflammatoire, l'action périphérique est naturellement assez développée pour qu'il n'y ait pas lieu d'y ajouter de moyens artificiels. Lorsqu'elle paraît insuffisante, l'acétate d'ammoniaque, les préparations de gaïac, seront utilement employés. Le bain de vapeur en boîte réussit quelquefois à accélérer et à raccourcir les accès. C'est alors également

(1) *Union médicale*, numéros de septembre et octobre 1855.

que des pratiques hydrothérapiques peuvent rendre de grands services; mais il faudrait se garder d'y recourir d'une manière banale.

Les accès de goutte laissent quelquefois après eux des points tuméfiés et douloureux fort tenaces. Des onctions avec une pommade composée d'iodure de potassium, d'extrait de belladone et de chloroforme amènent quelquefois une résolution rapide de la douleur et de l'engorgement.

C. *Traitement des accidents de la goutte.* — Ce que j'ai à dire du traitement des *accidents* de la goutte doit se rapporter surtout aux indications. Il s'agit, en effet, ici d'accidents variés, à la nature et au caractère desquels le traitement doit être approprié, sans accorder une attention exclusive à l'état goutteux auquel ils se rattachent.

Je m'explique : assurément, lorsqu'il s'agit d'une perturbation survenue dans le développement régulier de déterminations goutteuses normales, on doit tenir le plus grand compte de ces dernières ; mais il ne faut pas toujours compter sur les efforts que l'on peut tenter pour rétablir la régularité de ces déterminations. Il s'en faut que l'on réussisse toujours à rappeler par des moyens directs une détermination goutteuse remplacée par quelque accident irrégulier. Il faut le tenter, sans aucun doute, mais on ne saurait s'en tenir là, et le plus pressé est de combattre les accidents nouveaux.

Quant aux états pathologiques qui surviennent chez un goutteux diathésique, et dont il n'est pas toujours facile d'établir le rapport avec l'état diathésique lui-même, l'état goutteux ne saurait guère modifier les indications qui s'y rapportent, et qui leur appartiennent en propre. Cependant, il peut y avoir, dans ces différentes circonstances, une part à faire aux conditions particulières qu'a créées pour ces malades l'existence de la goutte et de ses manifestations spéciales, et c'est sur ce sujet que devra porter cette étude.

Lorsque, dans le cours d'un accès de goutte aiguë, on assiste au développement ou seulement à l'imminence de quelque état pathologique plus ou moins déterminé, il importe de reconnaître si ce dernier offre un caractère fluxionnaire ou nerveux. Il faut également considérer si la détermination goutteuse normale a subi elle-même quelque atteinte.

Il n'est pas rare de voir, dans le cours d'un violent accès de goutte, survenir des douleurs aiguës, et oppressives en même temps, soit vers la poitrine, soit vers l'épigastre. Si la fluxion arti-

culaire n'est pas amoindrie, et si l'état inflammatoire est considérable, une saignée amène presque toujours un soulagement notable, surtout lorsque la douleur occupe la région sternale. Si l'état inflammatoire est peu prononcé, ou qu'il y ait lieu d'éviter les émissions sanguines, les révulsifs énergiques seront préférés : ainsi les sinapismes très-actifs et prolongés. Si la fluxion goutteuse tend à disparaître, ou qu'il y ait une apparence de métastase, c'est sur les jointures et sur les extrémités en général que seront adressés les révulsifs, le cataplasme de Pradier modifié comme on le jugera convenable, ou les sinapismes. Le bain de vapeurs sèches ou humides, sèches de préférence, peut être très-utile. On peut également tirer un bon parti des applications froides générales ; mais c'est là un moyen délicat à employer, et que je ne saurais guère conseiller, à moins d'une expérience spéciale dans l'usage des pratiques hydrothérapiques. Ceci s'applique à tous les accidents graves ou légers qui peuvent offrir les caractères d'une métastase de la fluxion goutteuse.

Quel que soit le caractère névralgique de ces accidents, je ne pense pas que les narcotiques puissent être employés sans inconvénients ; je n'admets leur intervention que dans le cas de maintien de la fluxion articulaire, et peut-être alors la belladone réussit-elle mieux que l'opium. L'aconit est également préférable aux opiacés. La vératrine a été encore employée en pareil cas.

Si l'état nerveux prédomine nettement sur l'état inflammatoire ou fluxionnaire, on recourra aux stimulants diffusibles, à l'éther, à l'acétate d'ammoniaque ; le vin chaud et aromatisé ou les alcooliques offrent alors une ressource énergique. Mais il ne faut pas ignorer que ces derniers agents, précieux lorsque l'état inflammatoire est absent, que la réaction fait défaut, pourraient être dangereux dans les conditions opposées, et que, loin de ramener la fluxion douloureuse aux articulations, ils ne feraient que l'aggraver là où elle s'est installée.

Il n'y a pas à compter ici sur les révulsifs sur le canal digestif. La révulsion ne doit être opérée que dans le sens des phénomènes naturels, c'est-à-dire vers la périphérie. C'est là un point important, et qu'il ne faut jamais perdre de vue dans ces traitements difficiles.

Le colchique peut trouver ici une indication intéressante. Le colchique a pour propriété certaine d'atténuer actuellement les manifestations goutteuses. Il n'agit pas seulement sur celles-ci aux points d'élection, il agit également sur les manifestations irrégu-

lières de la diathèse. Cependant, je ne crois pas qu'il offre, dans le cas qui nous occupe, de ressources très-effectives. Voici ce que j'ai observé relativement à cette action du colchique sur les déterminations irrégulières de la goutte. Il agit très-bien sur ces dernières, lorsqu'elles sont primitives, c'est-à-dire lorsqu'elles apparaissent d'emblée sous l'influence diathésique directe. Mais il ne m'a pas paru qu'il en fût de même dans les perturbations de la goutte régulière, et quand les déterminations anomales succèdent à une métastase des déterminations normales. C'est peut-être encore là un point à revoir ; je recommande d'avoir égard à cette distinction.

Les accidents de la diathèse goutteuse sont de deux ordres : d'une part, des lésions organiques ou des désordres fonctionnels permanents : ainsi lésions organiques des reins, du cœur, du foie, dyspepsie, catarrhe pulmonaire, asthme ; d'autre part, des phénomènes pathologiques accidentels, des congestions ou des inflammations cérébrales, pulmonaires, intestinales, vésicales, des névroses, dyspnées, angine de poitrine, gastralgie, névralgies diverses.

Il est le plus souvent difficile de saisir la liaison de la diathèse goutteuse avec les états pathologiques de la première catégorie, et il n'est généralement pas indispensable d'y parvenir. En effet, qu'ils soient étrangers à la goutte ou qu'ils en soient le produit, il n'est pas plusieurs manières de se comporter vis-à-vis d'eux. Il faut opposer à ces états pathologiques les moyens que la thérapeutique met à notre disposition, presque toujours fort insuffisants, et les approprier aux conditions du sujet, mais sans que l'hypothèse goutteuse ait rien à ajouter ni à retrancher à leur application. Sans doute, si, à côté d'eux, les manifestations propres de la goutte continuent d'exister, celles-ci seront l'objet d'une surveillance particulière ; mais c'est la goutte qu'on traitera d'une manière spéciale, et non le catarrhe pulmonaire ou l'hypertrophie cardiaque, auxquels on ne saurait adresser de moyens différents de ceux employés en toute autre circonstance.

Quant aux accidents de la seconde catégorie, il n'en est plus de même. On se défend plus difficilement d'y voir des manifestations goutteuses, surtout s'ils ont remplacé des déterminations goutteuses légitimes, ou s'ils offrent une certaine alternance avec elles. Ce n'est pas que cette notion ajoute toujours grand'chose aux indications que chacun d'eux réclame. Une congestion cérébrale, une pneumonie, même qualifiées de goutteuses, ne peuvent guère être traitées autrement qu'on ne le ferait en dehors de cette diathèse. J'en dirai autant de l'asthme et des névralgies diverses.

Cependant le caractère goutteux attribué à ces accidents commande de leur opposer un traitement particulièrement actif, et aussi de porter les médications spécialement dans le sens des révulsions externes. Mais surtout, et c'est là le seul sujet sur lequel il y ait lieu d'appuyer, on trouve quelquefois alors dans le colchique un médicament précieux.

Il est certain que le colchique réussit quelquefois à atténuer ces accidents avec la même précision que les déterminations goutteuses régulières. Mais encore cela ne s'observe guère que dans les états purement névropathiques, dans les dyspnées, les céphalées, dans les névralgies, les douleurs cardiaques : il n'y a guère à compter ici sur les effets du colchique s'il s'agit de congestions sanguines ou d'inflammations. Dans les états particulièrement douloureux, la vératrine réussit quelquefois mieux que le colchique. Mais il faut bien savoir que, quelque remarquables que puissent être dans certains cas les effets de ce dernier médicament, ils manquent beaucoup plus souvent que lorsqu'on l'adresse aux déterminations régulières de la goutte.

Quoi qu'il en soit, on doit considérer le colchique comme indiqué dans tous les cas où des accidents aigus, douloureux surtout ou d'apparence névropathique, paraissent s'être développés sous l'influence directe de la diathèse goutteuse; mais sans se dispenser pour cela d'avoir recours aux autres moyeus, révulsifs, émissions sanguines, etc., qui paraissent indiqués dans la circonstance.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Deux opérations d'ovariotomie ;

Par M. Lacroix, chirurgien de l'hôpital de Béziers.

Obs. I. *Kyste uniloculaire de l'ovaire droit. Développement prodigieux. Ovariotomie. Guérison rapide.* — Le 26 novembre 1866, j'ai pratiqué l'opération de l'ovariotomie chez une femme de Bessan, près Béziers, nommée Euphrosine Roqueblave. Cette femme, âgée de quarante-cinq ans, à part les désordres fonctionnels inhérents à son infirmité, jouissait d'une bonne santé.

Il y a six ans environ, Euphrosine Roqueblave a vu son ventre grossir progressivement, avec des symptômes qui n'étaient pas ceux de la grossesse. Comme, en définitive, elle n'était pas très-incom-

modée par ce développement anormal, que ses règles persistaient, qu'elle pouvait, toujours sans fatigue, se livrer à ses travaux habituels, elle finit par s'accoutumer à son état et ne s'en préoccupa que lorsque les désordres fonctionnels commencèrent.

Quand elle a demandé mes soins, au mois de mai, elle était monstrueuse. Le poids du liquide était tel que, pour conserver l'équilibre, elle ne pouvait marcher qu'en incurvant fortement la colonne vertébrale en arrière ; le ventre tombait jusqu'aux genoux, il fallait deux hommes, les bras étendus, pour en mesurer la rotondité : on s'en fera une idée quand j'aurai dit que la première ponction amena soixante-sept litres de liquide. Cette première ponction fut pratiquée le 20 mai. Le liquide était très-visqueux, et, comme le ventre se désemplit complétement, je fus très-joyeux en pensant que le kyste n'avait pas d'adhérences.

Deux mois après, le liquide étant complétement reproduit, je pratiquai une deuxième ponction, à la suite de laquelle, convaincu que la santé de la patiente commencerait à éprouver bientôt de notables perturbations, je proposai l'opération de l'ovariotomie, qui fut pratiquée le 26 novembre, quand le liquide se fut reproduit d'une manière modérée.

Ce jour-là, avec le concours de plusieurs de mes confrères, MM. Masse, Castelbon, Reul, Sébastien, Espinadel, la malade ayant été entourée de tous les soins voulus en pareille circonstance, et convenablement chloroformisée, je fis au ventre, préalablement relevé, une incision de 10 centimètres sur la ligne blanche. La paroi était si mince et si dépourvue de tissu cellulaire, que deux coups de bistouri suffirent pour arriver au péritoine. J'étais loin de m'attendre à ce que je rencontrai. Les deux membranes, celle du kyste et le péritoine, étaient si intimement soudées l'une à l'autre, qu'elles n'en faisaient qu'une : en cherchant à les séparer, la paroi du kyste se rompit; alors, sans hésiter, je la divisai dans toute la longueur de la plaie abdominale. En un clin d'œil, le kyste fut évacué; la patiente, plongée dans un bain de liquide, fut soulevée dans les bras d'un homme, essuyée à la hâte et replacée entre deux couvertures sèches. J'ai pincé, avec le pouce et l'index de la main droite, la membrane du kyste, et, la tirant en sens inverse de la paroi abdominale pincée avec la main gauche, j'ai produit un hiatus dans lequel un aide a introduit une sonde cannelée. Je me suis servi de cet instrument comme d'un coupe-papier; puis, peu à peu, tantôt avec un doigt, tantôt avec la main entière, tantôt avec l'aide de quelques coups de ciseaux, je suis parvenu à détruire les adhérences parié-

tales et à amener au dehors la vessie dégonflée, qui n'était adhérente ni à l'épiploon, ni à l'intestin. Je ne réponds pas, par exemple, de ne pas avoir arraché de larges lambeaux du péritoine pariétal.

Le kyste dépendait de l'ovaire droit. La matrice était saine, ainsi que l'ovaire gauche. Le pédicule était long et gros comme le doigt. Je le traversai par une longue aiguille à bas, préalablement détrempée. Il fut serré en avant de l'aiguille par une forte ligature à quatre fils cirés et excisé. Une ligature d'attente fut placée derrière l'aiguille qui, appuyée sur deux coussins, soutint convenablement le pédicule au dehors. J'eus soin de la courber fortement, afin qu'elle n'exerçât pas de pression, et, pour diminuer la tension du pédicule, la plaie a été réunie immédiatement par huit points de suture : quatre profonds, métalliques ; quatre superficiels, avec des aiguilles à bec de lièvre.

L'opération a duré trois quarts d'heure. Je dois noter que pas une goutte de liquide ni de sang n'a été épanchée dans le péritoine.

La malade, rapportée dans son lit, a déclaré ne pas avoir souffert. Elle a été entourée de cruchons remplis d'eau bouillante. On lui a donné, par cuillerées, du thé très-chaud acidulé au jus de citron, aiguisé de rhum et de quelques gouttes d'alcoolature d'arnica.

Deux heures après l'opération, la malade a manifesté quelques douleurs intra-abdominales qui ont rapidement cédé à l'administration de quelques cuillerées d'une potion opiacée et à l'épanchement d'un peu de sang veineux dans les interstices des sutures. A compter de ce moment, il n'est plus rien survenu, rien, littéralement rien ; point de vomissements, point de fièvre, point d'insomnie ; une selle moulée a été poussée le lendemain. Le quatrième jour, j'ai pu alimenter la malade avec des potages et des œufs : le pédicule du kyste est tombé le cinquième jour. J'ai enlevé, ce jour-là, les aiguilles et les fils métalliques ; la réunion était complète, absolue : la guérison ne s'est jamais démentie. Au quinzième jour, la femme Roqueblave a repris les affaires de son ménage ; aujourd'hui, plus de deux mois se sont écoulés ; elle porte une ceinture ventrale, à cause de la laxité des parois abdominales, et vaque aux travaux pénibles des champs.

Je ferai remarquer que, dans cette circonstance, comme dans la première observation que j'ai eu l'honneur de publier, je ne me suis pas servi de clamp : la laxité des parois abdominales était telle, que cet instrument se serait trouvé enterré dans les chairs.

Je me suis toujours demandé : à quoi bon ce compas d'acier ? et quelle puissance a-t-il qu'on ne puisse remplacer par une forte ligature à plusieurs fils cirés, serrée au point d'étreindre, sans couper, le pédicule. Cette ligature peut toujours être maintenue au dehors par une aiguille longue, forte et flexible qui traverse le pédicule au point d'émergence de la plaie. En donnant à cette aiguille en place un certain degré d'incurvation, on peut relâcher la tension en appliquant derrière une ligature d'attente. On peut se mettre en garde contre les hémorrhagies consécutives, en appliquant à la peau deux aiguilles à bec de lièvre, une au-dessus, l'autre au-dessous; on comprime le pédicule par les lèvres de la plaie et on obtient ainsi un ensemble de moyens, un appareil léger qu'on peut surveiller sans cesse, et qui n'a jamais les inconvénients du clamp, qui, je le répète, est un instrument inutile, toujours fort difficile à supporter et qui doit être singulièrement nuisible dans un cas de péritonite ou d'abcès des parois abdominales.

Il n'existe pas dans la science de cas où l'ovariotomie ait été pratiquée pour l'extraction d'un kyste aussi prodigieusement dilaté. Jusqu'à quel point cette dilatation excessive a-t-elle, en affaiblissant en quelque sorte le ressort du péritoine, diminué la vitalité de cette membrane ? Je ne chercherai pas à résoudre cette question, mais je ferai remarquer qu'il n'existe pas d'opération de ce genre suivie d'une guérison aussi rapide.

Dans l'observation que j'ai publiée il y a deux ans, j'avais pratiqué l'ovariotomie pour l'extraction d'une masse charnue d'un volume énorme, puisqu'elle pesait, *sans liquide*, plus de 3,700 grammes, et cependant la réunion fut complète. La guérison ne fut entravée par aucun désordre local et ne s'est jamais démentie. Je puis bien conclure de ces deux faits que le développement extrême d'un kyste de l'ovaire ne doit jamais être une contre-indication à l'extraction, lorsque les conditions générales de santé sont bonnes.

M. le docteur Kœberlé, dans une de ses observations, affirme que l'ovariotomie pratiquée pour des cas simples n'est pas une opération très-dangereuse et que la guérison doit en être la suite habituelle. L'observation suivante semble venir à l'appui de cette proposition.

Obs. II. *Kyste uniloculaire de l'ovaire droit. Reproduction du liquide à de très-courts intervalles. Intolérance du sujet. Guérison rapide.* — Le 20 janvier 1867, j'ai opéré une femme de Cessenon, nommée Marie Calmel. Cette femme, âgée de trente-huit ans, mère de plusieurs enfants, jouit d'une santé satisfaisante : elle est

maigre et chétive en apparence ; elle a, pendant quatre ans, gardé un kyste de l'ovaire qui lui donnait la rotondité d'une femme enceinte, mais qui, quoique occasionnant un peu de gêne, n'était pas un obstacle à ses occupations.

Vers le mois de juillet, cette femme fut prise de vomissements et d'autres troubles fonctionnels qui la décidèrent à demander les conseils de M. le docteur Lavit. Mon confrère opéra une ponction à la suite de laquelle tout rentra dans l'ordre.

Au bout de quinze jours, le liquide était reproduit : nouvelle ponction pour calmer les vomissements et l'anxiété qui en étaient les conséquences.

Ainsi de suite.

Il y eut nécessité de pratiquer des ponctions à des intervalles de plus en plus rapprochés.

Le 14 janvier, j'ai trouvé la malade pâle et très-amaigrie ; elle ne pouvait pas tolérer sans vomir une cuillerée de bouillon froid. Le pouls était complétement éteint. Une pression légère exercée à l'épigastre occasionnait une douleur vive. La ponction que je voulus pratiquer, afin de me rendre compte de l'état local, amena vingt litres de liquide huileux. Le kyste se désemplit complétement. Pendant quatre jours tout alla bien : les vomissements cessèrent, le pouls reparut ; mais le 18, la scène pathologique se renouvela de plus belle : le ventre s'était rempli de nouveau, comme si on n'y avait pas touché. Il était urgent d'apporter à cette malheureuse un secours efficace. Le 20, je pratiquai l'ovariotomie, sept jours après la dernière ponction.

La faiblesse excessive de la malade, l'absence complète de son pouls, me forcèrent à redoubler de précautions et surtout à être très-sobre de chloroforme.

L'opération, pratiquée selon les règles ordinaires, a été on ne peut plus facile. Le kyste ne tenait pas au péritoine pariétal, à peine avait-il à l'épiploon quelques adhérences, qui se détachèrent avec la plus grande facilité par une traction légère et l'action graduée du bout des doigts.

Le pédicule était long et gros. On sentait à son centre un battement artériel ; il était inséré sur l'ovaire droit ; l'utérus et l'ovaire gauche étaient sains.

Le pédicule fut traversé par une longue aiguille flexible, en avant de laquelle il fut serré peu à peu dans une forte ligature composée de sept fils cirés et excisé. 3 ou 4 centimètres de tumeur furent

laissés en avant de la ligature; une ligature d'attente a été placée derrière l'aiguille à laquelle j'ai imprimé une forte incurvation.

La plaie de l'abdomen a été réunie par quatre points de suture profonde, métalliques, et trois de suture superficielle. Elle avait 8 centimètres de longueur; pas une goutte de sang ni de liquide ne s'était écoulée dans le péritoine.

Les suites de cette opération ont été très-simples : les vomissements, incoercibles auparavant, n'ont plus reparu; le pouls éteint s'est relevé; la face pâle et grippée a repris une certaine coloration; le ventre est toujours resté souple et indolent; un peu de météorisme s'est manifesté dans le côté droit. Il a suffi d'une légère compression pour le faire disparaître. Au cinquième jour, j'ai enlevé tous les points de suture; la réunion était complète. Au septième jour, le pédicule, que j'avais eu soin d'imbiber de perchlorure de fer, est tombé, laissant à sa place un bourgeon charnu rouge vermeil. Près de vingt jours se sont écoulés depuis l'opération, la guérison est certaine, les aliments de toute sorte sont parfaitement tolérés.

J'ai cru devoir publier ces deux faits avec quelques détails, parce qu'ils offrent le type des cas que l'on rencontre le plus souvent.

Les kystes de l'ovaire sont relativement communs. Il n'est plus permis, aujourd'hui que la lumière est faite, d'abandonner à leur leur triste sort les malheureuses qui en sont atteintes.

Il est rare qu'un kyste uniloculaire de l'ovaire coïncide avec une diathèse concomitante avancée dans ses manifestations. Lorsque cette lésion anatomique est réduite à un état purement local, qu'elle n'a pas, par l'intolérance de l'organisme, déterminé de trop fâcheux effets réactionnels, les lésions du péritoine (divisions, contusions, arrachements) seront réduites au traumatisme. C'est là le *desideratum* de l'ovariotomie.

Un kyste de l'ovaire, toléré quelquefois pendant très-longtemps, prend, une fois ponctionné, une marche uniformément accélérée. Les malades ont, sans qu'on le leur dise, conscience d'un état facile à comprendre. La vulgarisation des succès obtenus relèvera leur confiance. Il n'en sera pas une seule qui ne soit la première à demander l'opération.

Pour obtenir ce résultat, sachons demander seulement ce qu'il nous est permis d'obtenir : ne tentons jamais l'impossible. J'ai lu des observations dans lesquelles il était permis d'avance d'augurer de l'insuccès. En présence de ces cas désespérés, contentons-nous de palliatifs, qui nous permettront souvent de prolonger l'existence,

et nous ne compromettrons pas l'avenir d'une opération qui est un immense bienfait pour l'humanité et dont l'insuccès doit être l'exception.

Débarrassons l'ovariotomie de tout ce qu'elle a d'effrayant, en la réduisant à sa plus simple expression. Elle n'est pas difficile. J'ai souvent éprouvé plus de peine à lier l'interosseuse dans une amputation de jambe qu'à la pratiquer en entier. La moindre opération de hernie étranglée offre des difficultés autrement sérieuses.

CHIMIE ET PHARMACIE.

De l'emploi des sels de fer comme contre-poisons des cyanures et particulièrement du cyanure de potassium (1);

Par le docteur D. DE SAVIGNAC.

Le cyanure de potassium est un sel doué d'un action énergique, qui doit ses propriétés physiologiques, thérapeutiques et toxiques au cyanogène. Actif par lui-même et tel qu'il nous est offert pour les différents usages auxquels il est destiné, il le devient aussi par sa décomposition, d'autant plus facile à se produire, que, peu stable, à l'air humide et sous l'influence des acides même faibles, il dégage de l'acide cyanhydrique régénéré par l'hydrogène de l'eau qui intervient dans la décomposition.

Le cyanure de potassium, introduit dans l'économie animale, peut donc agir : 1° en tant que cyanure toxique, absorbé en nature et sans décomposition préalable, comme le prouvent les expériences sur les animaux dans le tissu cellulaire desquels ce poison a été déposé ; 2° ou par le dégagement d'acide cyanhydrique, promptement absorbé lui-même, comme cela a probablement lieu, au moins en partie, lorsque le cyanure de potassium est administré par l'estomac et réactionné alors par les humeurs acides que sécrète ce viscère.

En outre, il faut tenir compte, dans les accidents déterminables par le sel en question, de son action topique. Celle-ci est éminemment irritante. On s'en aperçoit aisément dans les applications extérieures qui se font des solutions cyanurées. La peau rougit et devient le siége d'une certaine cuisson, phénomènes d'autant plus

(1) Mémoire communiqué à la Société de Thérapeutique dans la séance du 15 mars 1867.

apparents que les solutions sont plus concentrées, et qui suffiraient à eux seuls pour engager à user de réserve même dans l'emploi extérieur du cyanure de potassium. A son maximum d'action topique, ce sel agit comme caustique; mais c'est un caustique fluidifiant, qui ramollit, en les saponifiant, les tissus qu'il détruit, et qui s'ouvre ainsi une nouvelle voie d'intoxication par l'absorption tégumentaire.

Le cyanure de potassium peut donc déterminer l'intoxication: 1° par l'inspiration des gaz prussiques produits de sa décomposition; 2° par son ingestion dans les voies digestives; 3° par son application sur la peau dépouillée de son épiderme et surtout entamée par des gerçures ou par des plaies. La réalité des deux derniers modes d'intoxication a été démontrée par des faits recueillis par plusieurs observateurs.

Le cyanure de potassium a été vulgarisé par M. Trousseau, en applications externes, dans le traitement des névralgies superficielles. D'un autre côté, ce sel est aujourd'hui très-employé dans la photographie, dans la dorure et dans l'argenture par les procédés galvaniques. Il se trouve, par conséquent, à la portée de beaucoup de mains; et l'on comprend qu'il ait déjà pu et qu'il puisse encore devenir cause de nombreux empoisonnements, dus à des imprudences, à des témérités dans son maniement, ou suscités par des intentions, soit de meurtre, soit de suicide. Tout récemment encore, la *Gazette hebdomadaire* (8 février 1867) rapportait un nouveau cas de ce genre d'empoisonnement. Il y avait donc lieu de rechercher s'il n'existerait pas un contre-poison, qui, administré en temps opportun, fût capable de s'opposer aux accidents si rapidement développés après l'absorption de ce composé dangereux.

On s'étonnerait à bon droit que ce contre-poison n'ait pas déjà été signalé, — et cependant, je ne crois pas qu'il l'ait été jusqu'ici, — tant sont connus les précipités caractéristiques auxquels donnent lieu les sels de fer dans les dissolutions de cyanures alcalins. C'est en effet parmi les sels de fer, ainsi que je vais le démontrer bientôt, qu'il faut choisir le neutralisant chimique susceptible de décomposer et de rendre incapables de nuire, soit le cyanure de potassium, poison incontesté, soit les doubles cyanures alcalins, dont l'action physiologique est incomplétement appréciée et dont je dirai incidemment quelques mots.

Voici les faits chimiques qui justifient l'emploi du contre-poison que je propose d'opposer au cyanure de potassium.

Si l'on fait réagir une solution de protosulfate de fer sur une

solution de cyanure de potassium, on obtient immédiatement un précipité jaune-verdâtre de protocyanure de fer. Ce précipité verdit bientôt en fonçant de couleur, puis bleuit lentement à l'air en passant en partie à l'état de *bleu de Prusse.*

Cette réaction, qui, pour moi, indique le meilleur neutralisant chimique du cyanure de potassium, savoir, le protosulfate de fer, est moins connue et moins citée dans les traités de chimie et de toxicologie que la suivante :

Si l'on traite une dissolution de cyanure de potassium par un mélange de protosel et de sesquisel de fer, de protosulfate et de sesquisulfate de fer, par exemple; ou bien encore si l'on emploie une solution de protosulfate de fer à laquelle on a ajouté quelques gouttes de perchlorure de fer liquide, il se forme, dans ces divers cas, un précipité de bleu de Prusse, cyanure ferroso-ferrique ou ferricyanure de fer, selon la théorie que l'on adopte sur la constitution chimique de ce composé.

Le bleu de Prusse est un composé insoluble, qui, n'étant point décomposable par les acides faibles, ne peut être attaqué par les acides gastriques; et si, à la rigueur, il subit une décomposition quelconque sous l'influence des humeurs alcalines de l'intestin, cette action serait extrêmement limitée et donnerait lieu tout au plus à une minime partie d'un sel analogue au prussiate jaune de potasse et de fer, incapable, dans ces faibles proportions, non-seulement de nuire, mais même de développer une action physiologique appréciable. Aussi est-ce bien gratuitement que l'on a attribué au bleu de Prusse des propriétés thérapeutiques.

Mais le protocyanure de fer, résultat de la réaction du protosulfate de fer sur le cyanure de potassium, est également un composé insoluble, ne paraissant nullement attaquable par les humeurs gastriques ou intestinales, et, par conséquent, incapable de régénérer sous une autre forme les accidents toxiques après avoir décomposé le cyanure de potassium. Le protosulfate de fer suffit donc, dans l'espèce, comme contre-poison, et il a de plus l'avantage de se trouver plus facilement que le sesquisulfate de fer. J'ai d'ailleurs à faire valoir, en faveur du protosulfate de fer, une observation qui, tout incomplète qu'elle soit, tend à démontrer son utilité dans l'empoisonnement dont il s'agit.

Mme X..., habitant Cherbourg, était atteinte d'une névralgie frontale; son médecin, M. le docteur Hello, chirurgien-major de la marine, lui avait prescrit une solution de cyanure de potassium, pour servir à des applications extérieures sur la partie douloureuse,

selon le mode ordinaire d'emploi de ce remède réputé antinévralgique. Je ne puis préciser la dose de cyanure alcalin qui entrait dans la solution ; mais celle-ci était formulée d'après les indications données par MM. Trousseau et Pidoux, dans leur *Traité de matière médicale et de thérapeutique*, pour le traitement externe des névralgies ; elle contenait donc une dose élevée de cyanure, dose éminemment toxique dans le cas fortuit où elle eût été administrée à l'intérieur. Cette dame, par suite d'une méprise, avale d'un seul trait la solution cyanurée. M. le docteur Hello en est aussitôt averti, et, justement alarmé sur les conséquences de cette méprise, il fait appel aux lumières de M. Sabouraud, pharmacien en chef de la marine, afin de conjurer s'il est possible, par un neutralisant chimique, les effets toxiques imminents du cyanure de potassium. M. Sabouraud conseille et fait préparer une dissolution de protosulfate de fer, qui est administrée à la malade. Malgré toute la rapidité que l'on mit à porter des secours à Mme X..., il s'écoula bien quinze à vingt minutes entre le moment où le poison avait été ingéré et celui où le contre-poison put être administré. Or, pendant cet intervalle, aucun symptôme d'intoxication ne s'était encore manifesté, et il ne s'en développa point après l'emploi du protosulfate de fer, quoique l'on ait négligé de faire vomir la malade ; ce qui prouverait, comme je le faisais prévoir plus haut, que le protocyanure de fer peut rester inerte dans les voies digestives. Enfin nul dérangement ultérieur ne survint dans la santé de Mme X... Si, par une exception heureuse qui n'est pas sans exemple en toxicologie, l'empoisonnement chez ce sujet se trouva retardé, il n'en est pas moins plausible d'admettre que son explosion prochaine fut prévenue par un traitement chimique rationnel.

Je ne chercherai pas à dissimuler ce qu'il y a d'extraordinaire dans cette tolérance de l'organisme en présence d'une forte dose toxique de cyanure de potassium, et je m'attends à ce qu'il en soit jugé ainsi par tous ceux qui savent avec quelle promptitude éclatent les empoisonnements cyaniques. Cette tolérance, toutefois, ne devait être que momentanée ; et l'absorption, suspendue par je ne sais quelle cause, n'aurait plus guère tardé à s'emparer des molécules du poison, si le sulfate de fer n'était intervenu pour mettre un obstacle définitif à l'empoisonnement. Peut-être l'estomac était-il chargé d'aliments, et l'on sait que cette condition retarde souvent l'absorption des substances toxiques. Peut-être aussi, j'en conviens franchement et je comprends qu'on l'objecte, le médicament employé était-il de mauvaise qualité. Mais, si impur qu'on le

suppose, il contenait bien quelques parcelles de cyanure de potassium ; et ce sel est susceptible de déterminer des accidents toxiques à si faibles doses, lorsqu'il est pris à l'intérieur, qu'il m'est difficile de ne pas admettre que le sujet qui fait l'objet de l'observation précédente fût exposé, par suite de sa méprise, à un empoisonnement fort ou faible, soit, mais positivement imminent. En effet, les doses de cyanure de potassium capables de produire la mort varient entre 5 et 10 centigrammes (Tardieu et Roussin). M. Galtier cite même le cas d'un homme qui succomba en trois quarts d'heure après en avoir pris 4 centigrammes. Quand il n'y en aurait eu, dans le cas en question, que 2 ou 3 centigrammes d'introduits dans l'estomac, des accidents plus ou moins graves étaient encore possibles ; et alors leur non-manifestation immédiate n'était qu'un retard dans le début de l'empoisonnement. Ce retard prouverait, au surplus, qu'il ne faut pas toujours désespérer d'intervenir à temps contre les poisons, même les plus rapides dans leur action, et qu'il est toujours bon de se trouver armé d'un contre-poison qui, l'opportunité n'ayant pas cessé, puisse neutraliser leurs effets. Ce résultat ne dût-il être atteint qu'en partie, quand l'absorption du poison a déjà commencé, il n'en faudrait pas moins recourir au traitement chimique, qui peut encore trouver dans les voies digestives des molécules toxiques non absorbées, les empêcher de pénétrer dans la circulation, diminuer ainsi l'intensité de l'intoxication et augmenter les chances de salut.

Quant à l'authenticité du fait dont la relation m'a paru digne d'intérêt, elle n'a jamais été dans mon esprit l'objet d'un doute, ce fait m'ayant été communiqué et garanti par mon ancien et honorable collègue Sabouraud, dont le savoir et la loyauté ont été justement appréciés par tous ceux qui l'ont connu.

Je vais au-devant d'une objection qui pourrait être adressée ici à l'emploi du protosulfate de fer. Ce sel manque, à la rigueur, de l'une des qualités que doit avoir, d'après les recommandations d'Orfila, toute substance présentée comme contre-poison. Il n'est pas absolument incapable de nuire, puisque, d'après les expériences d'Orfila, il peut lui-même déterminer des symptômes d'intoxication (*Traité de toxicologie*). Mais cela n'a lieu qu'à hautes doses, qu'à des doses qu'il sera inutile d'atteindre pour agir efficacement contre la quantité probable de cyanure de potassium ingérée ; et la dose du poison fût-elle excessive et exigeât-elle alors des quantités considérables aussi de contre-poison, encore faudrait-il compter que celui-ci, étant appelé en majeure partie à former avec le cyanogène

un composé insoluble et inerte, l'excédant ne resterait pas dans l'estomac en proportion susceptible d'aggraver la situation par des accidents d'un autre genre, bien moindres, en tout cas, que ceux qu'il s'agissait de combattre. Il ne faut donc pas se montrer trop difficile, et exagérer des inconvénients qui ont bien plus de chances de ne pas se révéler. Le cyanure de potassium, pris à l'intérieur, empoisonne à de très-faibles doses; aussi a-t-on parfaitement fait de le bannir aujourd'hui de l'usage interne ; aux environs d'un gramme et surtout au delà, la dose peut être considérée comme tellement massive et les accidents seraient si foudroyants, que le médecin aurait bien de la peine à arriver assez à temps pour placer avec avantage le contre-poison ; il peut l'essayer cependant à tous risques ; et c'est alors qu'entre deux dangers, dont l'un est si supérieur à l'autre, il serait très-excusable de forcer la dose du sel de fer. Dans les circonstances les plus probables, lorsque des doses plus modérées auront déterminé l'empoisonnement qui lui-même alors offrira plus de prise à un traitement rationnel, une dose de 2 à 4 grammes, 6 à 8 grammes au plus de protosulfate de fer devra suffire pour décomposer le cyanure de potassium et en annihiler les effets.

Il est bien entendu que le contre-poison que je propose ne pourrait avoir son efficacité qu'autant qu'il serait administré le plus tôt possible après l'introduction du cyanure de potassium et qu'il rencontrerait ce sel dans l'estomac. Il ne saurait atteindre les particules de poison déjà absorbées. Il me paraîtrait donc très-utile de tenir toujours prête une solution de protosulfate de fer dans les ateliers où l'on prépare, et dans ceux où l'on manie, pour l'appliquer à divers usages, le cyanure de potassium. S'il se produisait là un empoisonnement dû à une cause quelconque, à une méprise, une imprudence, une tentative de suicide, on aurait sous la main, pour le faire boire immédiatement, le remède le plus propre à prévenir les conséquences fatales d'une erreur ou d'un acte de violence, à la condition de ne pas perdre une minute dans son administration. Peut-être même la solution protoferrée ne serait-elle pas sans efficacité, employée en lotions sur la peau exposée à absorber, par suite de négligences ou de pratiques imprudentes, les particules si facilement pénétrables du cyanure de potassium. Cet empoisonnement par la peau est possible chez les ouvriers, industriels, artistes qui ont fréquemment les mains humectées par des solutions cyanurées, notamment chez les photographes qui ont la mauvaise habitude d'employer le cyanure de potassium pour enlever les taches

que le nitrate d'argent leur laisse sur la peau. Un cas de ce genre, survenu chez un photographe, est cité par M. Tardieu dans sa belle *Etude médico-légale et clinique sur l'empoisonnement*.

Quoique le protocyanure de fer et le bleu de Prusse, selon la nature des solutions ferrugineuses que l'on aurait employées, ne me paraissent pas décomposables dans l'estomac, ni absorbables, ni nuisibles par conséquent, je ne verrais qu'une garantie de sécurité de plus dans l'administration d'un vomitif après la décomposition présumée du cyanure de potassium, surtout si l'on avait employé un excès de sel de fer que l'on crût capable à son tour de produire quelques accidents.

L'empoisonnement par l'acide cyanhydrique est trop foudroyant pour que l'on puisse songer à employer contre lui le protosulfate de fer.

D'autres composés cyaniques, tels que les amandes amères, l'eau de laurier-cerise, ne subiraient également aucune influence avantageuse de la part du protosulfate de fer. L'eau de laurier-cerise n'est ni précipitée ni même troublée par une solution de ce sel.

Le bicyanure de mercure, composé très-vénéneux, n'est pas précipité non plus par les sulfates de fer, sur l'action neutralisante desquels, par conséquent, il ne faudrait pas compter. Mais en cas d'empoisonnement par le bicyanure de mercure (un cas, communiqué par Kapeler, a été enregistré par Orfila dans sa *Toxicologie*), je crois que l'on pourrait fonder quelque espoir sur l'emploi de l'hydrate de protosulfure de fer, si recommandé et avec tant de raison par M. Mialhe, comme neutralisant de plusieurs poisons métalliques. Le protosulfure de fer en contact avec le bicyanure de mercure devra donner lieu à du bisulfure de mercure et à du protocyanure de fer, l'un et l'autre insolubles. Toutefois, M. Mialhe croit le protosulfure de fer seul insuffisant contre le bicyanure de mercure, et propose d'ajouter au premier le quart de son poids de magnésie calcinée, mélange qui transformerait alors le bicyanure de mercure en bisulfure de mercure et en protocyanure de fer et de magnésium, également inoffensifs. Tel ne serait pas, suivant M. Mialhe, le protocyanure de fer, qui serait *en partie* décomposé par l'eau avec production d'oxyde ferreux et d'acide cyanhydrique (*Chimie appliquée à la physiologie et à la thérapeutique*, 1856, page 462).

Cette dernière manière de voir de mon savant confrère tendrait à infirmer un peu la valeur attribuée par moi au protosulfate de fer comme contre-poison du cyanure de potassium. Mais cette décompo-

sition par l'eau du protocyanure de fer ne me paraît pas être généralement admise par les chimistes ; jusqu'à démonstration nouvelle et péremptoire, j'hésiterais d'autant plus à l'admettre que la couleur du précipité obtenu dans la réaction du protosulfate de fer sur le cyanure de potassium est bien celle assignée par les chimistes au protocyanure de fer, sans traces apparentes d'oxyde ferreux, précipité passant peu à peu à l'état de bleu de Prusse. Enfin le fait qne j'ai cité subsiste comme preuve de l'innocuité du composé obtenu, quel qu'il soit, dans cette réaction, fait dont j'ai cru pouvoir déduire ma proposition bien plus encore que d'une théorie chimique. En résumé, si le protocyanure de fer était décidément jugé par les chimistes et les toxicologistes, après nouvelles expériences, apte à se décomposer en partie, et, par suite, incomplétement inoffensif, il n'y aurait qu'à se rejeter, en cas d'empoisonnement par le cyanure de potassium, sur l'emploi du mélange de protosel et de sesquisel de fer, dont j'ai admis l'utilité, lequel donnerait lieu à la formation du bleu de Prusse, dont l'innocuité, admise aussi par M. Mialhe, ne sera, je crois, contestée par aucun expérimentateur.

Il me reste à parler des cyanures doubles ferro-potassiques et ferroso-ferrique, ou mieux des ferrocyanures et des ferricyanures : composés singuliers, dans lesquels le cyanogène voile ses traits caractéristiques, au point que d'éminents chimistes, MM. Liebig et Dumas, se sont crus autorisés à admettre dans leur constitution deux radicaux spéciaux, le ferrocyanogène et le ferricyanogène.

Trois de ces composés sont fort répandus dans le commerce, fort usités dans les laboratoires, dans les arts, dans l'industrie. L'un est le *bleu de Prusse*, ou plutôt les *bleus de Prusse*, car il y en a plusieurs variétés ; mais nous avons vu que les combinaisons vulgairement désignées sous ce nom sont inactives dans l'organisme ; elles n'intéressent par conséquent ni la thérapeutique ni la toxicologie.

Il n'en est pas de même de deux autres composés : l'un, le cyanure *jaune* de potassium et de fer, prussiate *jaune* de potasse et de fer, prussiate de potasse ferrugineux, etc. : c'est le *ferrocyanure de potassium* ou cyanure ferroso-potassique du Codex ; l'autre, le cyanure *rouge* de potassium et de fer, prussiate *rouge* de potasse et de fer ; c'est le *ferricyanure de potassium* ou le *cyanure ferrico-potassique* du Codex.

Ces deux derniers sels ne sont pas employés en médecine, en France du moins ; car en Allemagne, le ferrocyanure de potassium

paraît avoir reçu quelques applications thérapeutiques. C'est probablement en le confondant nominalement avec le cyanure de potassium que quelques médecins (voir Orfila, Tardieu et Roussin, *op. cit.*) ont eu le malheur de prescrire celui-ci à des doses dont une fraction a suffi pour déterminer les accidents les plus funestes. Or, ce ferrocyanure ou le prussiate jaune est considéré par tous ceux qui l'ont envisagé au point de vue physiologique ou qui en ont fait l'objet d'expériences sur les animaux, comme n'étant pas vénéneux, même à des doses assez élevées ; mais ces doses ne sont pas bien précisées, et le chiffre auquel elles pourraient commencer à nuire varie, suivant les opinions émises, entre 15 et 30 grammes. M. Letheby, qui a fait de l'action des prussiates jaune et rouge sur l'économie animale l'objet d'études et d'expériences spéciales, en a conclu que l'on peut administrer le prussiate jaune jusqu'à 15 grammes sans danger. Mais au delà, le danger commence donc? Ainsi, il est prudent de se défier de ce sel, qui, à dose élevée, agit comme purgatif, à l'instar des sels neutres alcalins. Indépendamment de ce que pourrait avoir d'offensif l'absorption d'une proportion exagérée de son élément électro-négatif, il ne faut pas oublier qu'il a pour base le potassium ; c'est donc au sulfate de potasse surtout qu'il doit être comparé ; et l'on sait que ce dernier sel devient toxique bien au-dessous des doses auxquelles on peut porter sans risques les sels neutres à base de soude ou de magnésie.

Mais, au sujet du ferricyanure de potassium ou prussiate rouge, l'opinion est plus indécise. Liebig a déclaré que ce composé est vénéneux (*Traité de chimie organique*). MM. Tardieu et Roussin (*op. cit.*) viennent de dire que les prussiates jaune et rouge ne sont nullement nuisibles. Je crains que pour le second l'affirmation ne manque d'exactitude. En effet, M. Letheby, dans ses expériences sur les animaux, a reconnu que les ferricyanures sont aussi vénéneux que les cyanures simples solubles, qui le sont à un si haut degré (*Annuaire de chimie* de Millon et Reizet, 1848). Je pense, toutefois, que cette action toxique n'appartient qu'aux ferricyanures solubles, et qu'elle cesse de caractériser, par exemple, la variété de bleu de Prusse connue sous le nom de *bleu de Turnbull*, et qui est un ferricyanure de fer constituant le précipité formé dans la réaction du ferricyanure de potassium sur les sels de protoxyde de fer. Les bleus de Prusse insolubles ne sont pas vénéneux, dit aussi Liebig.

Le médecin pourrait donc se trouver en présence d'accidents plus ou moins graves déterminés par une dose excessive de ferro-

cyanure de potassium ou prussiate jaune ; d'un empoisonnement réel causé même par de minimes doses de ferricyanure de potassium ou prussiate rouge.

Dans le premier cas, il serait rationnel de recourir plutôt à une dissolution de sesquisulfate de fer ; le précipité alors serait entièrement formé par un bleu de Prusse insoluble (cyanure ferroso-ferrique du Codex) ; tandis que si l'on faisait intervenir le protosulfate, on obtiendrait ce précipité blanc verdâtre, formé de ferrocyanure de potassium et de fer, dont l'eau reprend et dissout le ferrocyanure de potassium. A défaut de sesquisulfate de fer, on pourrait employer la solution officinale de perchlorure de fer, convenablement étendue d'eau.

Dans le second cas, au contraire, c'est exclusivement le protosulfate de fer qu'il faudrait employer, afin d'obtenir le ferricyanure de fer ou bleu de Prusse insoluble dont il était question tout à l'heure, puisque les persels de fer ne sont nullement précipités par le ferricyanure de potassium.

Un dernier mot sur les divers modes de préparation du cyanure de potassium, d'où peuvent résulter des composés d'une énergie très-différente.

1° Le plus pur et le plus actif est celui que l'on prépare par la méthode de Wiggers. On l'obtient en faisant arriver de l'acide cyanhydrique dans une dissolution alcoolique de potasse. On ne le trouve guère que dans les laboratoires de chimie.

2° Celui que l'on trouve le plus communément dans les pharmacies, et qui est indiqué par le Codex, se prépare par calcination en vaisseaux clos du ferrocyanure de potassium. Il est encore très-actif, quoique moins que le premier, et contient un peu de carbonate de potasse. Un procédé particulier de M. Gélis, fondé aussi sur la décomposition du ferrocyanure de potassium, fournit un cyanure de potassium d'une pureté plus grande que celui préparé d'après le Codex, et d'une activité presque égale à celui obtenu par la méthode de Wiggers.

3° On fabrique abondamment dans le commerce, pour les besoins des arts ou de certaines industries qui s'en accommodent, par calcination de la chair musculaire et du sang avec de la potasse, un composé très-impur qui renferme peu de cyanure de potassium et beaucoup de carbonate de potasse. Celui-là est naturellement très-peu énergique, tant comme médicament que comme poison, et il est d'ailleurs rejeté de l'emploi médical.

Enfin, le cyanure de potassium, abandonné à l'air humide, se

décompose en perdant de l'acide cyanhydrique et en se transformant en carbonate de potasse.

On comprend donc qu'il faut tenir compte du mode de préparation et de l'état de conservation du cyanure de potassium pour préjuger les effets qu'une dose donnée pourrait produire ; que le pronostic de l'empoisonnement serait bien différent, selon le composé qui en aurait été l'agent; et qu'il ne faudrait pas se faire d'illusion sur le succès du traitement, quel qu'il fût, opposé à l'ingestion d'un cyanure plus ou moins atténué dans ses propriétés par son genre de préparation ou par un mode vicieux de conservation.

Les sels de fer me paraissent donc avoir quelque valeur comme contre-poisons des cyanures ; mais, je le répète, je n'accorde à leur emploi qu'une utilité limitée à la période, très-courte ordinairement, qui précède le début des phénomènes toxiques, tout au plus et par extension à celle où ces phénomènes n'auraient pas encore pris un développement trop considérable. L'empoisonnement cyanique réalisé, avec ses effets convulsivants et stupéfiants à la fois, il n'y a plus à songer qu'aux moyens stimulants conseillés par les toxicologistes, et dont les principaux sont : l'inspiration d'eau ammoniacale, d'eau chlorée, les affusions froides, l'infusion de café noir, les révulsifs cutanés et intestinaux. Comme l'a démontré Orfila, l'ammoniaque et le chlore ne sont point des antidotes de l'acide cyanhydrique ; ces gaz irritants n'agissent qu'en stimulant et en réveillant le système nerveux. Obtenir ce résultat et rétablir l'hématose, qu'une action perturbatrice et sidérante, comparée aux catalyses, a enrayée, tel est le but que doit ici se proposer le médecin, en l'absence de tout antidote reconnu et quand les contre-poisons chimiques n'ont plus de raison d'intervenir.

Je prie de remarquer que plusieurs des questions traitées dans ce travail sont plutôt posées que résolues. J'ai cru utile d'appeler l'attention : 1° sur des composés toxiques, les cyanures simples, dont jusqu'à ce jour les contre-poisons sont restés non indiqués ou non acceptés faute de preuves suffisantes de leur valeur; 2° sur des composés, intéressants à tous les titres, les cyanures doubles, dont l'étude physiologique et toxicologique reste aussi, sinon à refaire, du moins à reviser et à approfondir, pour fixer l'opinion sur leurs propriétés réelles. Je montre la voie où les applications de la chimie à la thérapeutique de l'empoisonnement peuvent une fois de plus avoir leur efficacité, mais en faisant appel à des expériences rigoureuses, contrôle indispensable des propositions que j'ai émises sur la neutralisation des cyanures, et seul moyen de

trancher les questions ignorées, obscures ou litigieuses qui attendent leur solution.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Observation d'empoisonnement par le laudanum (30 grammes environ) ; antagonisme par la belladone (14 grammes de teinture de belladone en dix heures). — Guérison.

Par M. le docteur Constantin PAUL, agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

Le 1er avril 1866, je fus appelé auprès d'une jeune femme de vingt-trois ans qui arrivait d'Italie et venait de tenter de s'empoisonner par l'opium. Ce même jour, vers onze heures du matin, elle avait avalé une fiole de laudanum qu'elle avait achetée à Rome. Tourmentée presque aussitôt par le commencement des manifestations toxiques du poison, elle avait demandé du secours, et l'on avait administré un vomitif qui avait provoqué d'abondantes évacuations.

J'arrivai près de la malade environ deux heures après l'ingestion du poison, et l'examen de la bouteille me fit supposer qu'elle en avait avalé une quantité d'environ 30 grammes. La pauvre fille était assise dans son lit dans un état d'agitation très-marquée ; elle avait des mouvements d'oscillation de la tête comme les gens pris de violentes nausées ; la face était d'un rouge vineux, surtout aux pommettes et aux lèvres. Les yeux étaient à demi fermés, les paupières rouges sur le bord. En découvrant l'œil, je trouvai la conjonctive très-injectée et l'iris contracté, au point que la pupille n'avait plus guère que 1 millimètre de diamètre ; la vue était trouble et les objets semblaient confus et mobiles.

La peau était chaude, couverte d'une sueur visqueuse, et la malade se plaignait déjà de démangeaisons presque sur tout le corps. Le pouls était serré et fréquent (120). La respiration semblait normale ; cependant de temps en temps la malade poussait de profonds soupirs, comme si la quantité d'air introduite par les mouvements ordinaires de la respiration n'eût pas été suffisante.

Il y avait en outre une soif vive et de l'ardeur à la gorge ; cependant la déglutition se faisait bien non-seulement pour les boissons, mais encore pour la salive.

Les nausées étaient presque continuelles, bien qu'il n'y eût plus de vomissements ; malgré cela il n'y avait pas de douleur à l'estomac.

La langue était à peu près naturelle, seulement un peu rouge. Il n'y avait pas eu de garde-robes ; le vase de nuit ne contenait qu'une petite quantité d'urine qui avait été rendue très-péniblement en deux ou trois fois.

Les phénomènes de l'empoisonnement par l'opium étaient des plus nets, et semblaient avoir une certaine gravité. Il était certain, en outre, que l'opium avait été absorbé en grande partie, et je n'avais plus guère à compter sur l'efficacité d'un second vomitif. Bien convaincu de la vérité de l'antagonisme de l'opium et de la belladone, que je venais d'étudier à fond tout récemment, je n'hésitai pas à prescrire la belladone à haute dose et à donner, pour calmer la soif, une légère infusion de café noir. Je prescrivis donc une potion de 75 grammes, contenant 15 grammes de teinture de belladone, et je fis administrer ce médicament par cuillerée à café d'heure en heure, de manière à donner chaque fois d'un seul coup 1 gramme de teinture de belladone.

L'effet fut des plus remarquables : au bout de dix à quinze minutes, la malade ressentit un bien-être manifeste ; elle eut moins de vertiges et moins de nausées ; les paupières purent s'ouvrir plus facilement ; cependant la pupille ne s'élargit pas et la vue resta trouble.

Cette amélioration dura environ une demi-heure, puis les phénomènes de l'opium apparurent de nouveau, et la malade sembla n'avoir gagné qu'un soulagement momentané.

Une heure après la première cuillerée de potion on en donna une seconde ; cette fois, l'amélioration fut presque immédiate et dura environ trois quarts d'heure. La malade retomba alors dans cet état nauséeux qu'elle avait éprouvé les heures précédentes. On continua ainsi jusque vers huit heures du soir à donner une cuillerée de potion toutes les heures. Chaque fois l'amélioration apparaissait presque immédiatement, mais ne durait guère que trois quarts d'heure. Au bout de ce temps, l'opium montrait de nouveau sa présence. Cependant les rechutes semblaient de moins en moins graves. J'assistai deux fois à cette sorte de rechute, et, après avoir bien constaté à deux reprises, de mes propres yeux, le retour des accidents toxiques produits par l'opium, je me décidai, à partir de huit heures du soir, après que 6 grammes de teinture de belladone avaient déjà été avalés, à rapprocher les prises du médicament à trois quarts d'heure d'intervalle.

A partir de ce moment, les phénomènes de l'empoisonnement opiacé disparurent pour ne plus reparaître.

L'administration de la belladone avait donc ici, et de la manière

la plus manifeste, à six reprises différentes, contre-balancé l'action de l'opium ; mais bien plus, la malade ayant déjà pris la dose de 6 grammes de teinture de belladone, et cela en six heures consécutives, il était remarquable que la sécheresse de la gorge n'eût pas encore paru et que la pupille ne se fût point dilatée. Ce n'est qu'à partir du moment où la malade eut déjà avalé 9 grammes de teinture de belladone que la sécheresse de la gorge se montra et que le visage pâlit ; les pupilles ne s'étaient pas encore dilatées. Vers deux heures et demie du matin seulement, la pupille finit par se dilater après qu'on eut administré 14 grammes de teinture de belladone.

On cessa toute médication, et la malade, ne sentant plus les manifestations de l'empoisonnement par l'opium, s'endormit vers quatre heures du matin d'un sommeil réparateur.

Le lendemain, à mon retour, la pupille restait un peu plus dilatée que normalement; la gorge était encore sèche et tourmentée par un besoin de déglutition qui s'opérait difficilement. Il restait une grande courbature; la face n'était plus trop injectée; les yeux étaient débarrassés de la congestion qu'ils avaient la veille, et la malade put commencer à manger. Dans la journée du lendemain tout était fini.

Telle est l'observation qu'il m'a été permis de recueillir ; elle montre, si je ne me trompe, de la façon la plus claire l'antagonisme de l'opium par la belladone. Je ne me représente pas d'expérience sur un animal qui puisse mieux le faire voir. On faisait cesser presque à volonté les phénomènes de l'empoisonnement de l'opium, et cela sans produire les effets toxiques de la belladone. Ce n'est que quand la maladie a été presque annihilée que les preuves de l'absorption de la belladone se sont montrées, et cela sans donner lieu aux phénomènes graves que n'aurait pas manqué de produire chez un sujet sain l'énorme dose de 14 grammes de teinture de belladone ingérés en si peu d'heures.

Cette observation est donc de nature à affirmer une fois de plus l'action antagoniste de l'opium et de la belladone et le précieux secours qu'en peut tirer la thérapeutique ; car je ne connais pas de médicament qui eût pu avoir en si peu de temps une action aussi bienfaisante et aussi inoffensive. Elle vient confirmer les nombreux exemples d'antagonisme en thérapeutique qui ont paru dans ce recueil.

BIBLIOGRAPHIE.

L'Animisme, ou la matière et l'esprit conciliés par l'identité du principe, et de la diversité des fonctions dans les phénomènes organiques et psychiques, par J. Tissot, doyen de la Faculté des lettres de Dijon, professeur de philosophie.

Ce n'est pas toujours sans quelque superbe dédain mal dissimulé, que les philosophes purs touchent à la médecine, et s'enquièrent des solutions qu'on s'efforce de donner dans cette science à des questions qui regardent à la fois et la physiologie et la philosophie. Par une impartialité qu'il puise dans un amour sincère et désintéressé de la vérité, M. Tissot, nous nous empressons de le reconnaître tout d'abord, échappe à ce reproche, et par cela même acquiert le droit d'être écouté parmi nous, lorsqu'à son tour il vient toucher à ces questions. Déjà, dans deux volumes antérieurs (1), le savant doyen de la faculté des lettres de Dijon avait formulé les conclusions essentielles auxquelles l'avait conduit l'étude métaphysique, si nous pouvons ainsi nous exprimer, des manifestations de la vie dans l'homme : le nouvel ouvrage qu'il vient de publier et dont le titre est en tête de ce chapitre, reproduit les mêmes conclusions, mais il les y fortifie, c'est là tout au moins son intention, des arguments que d'autres que lui ont fait valoir en leur faveur, comme il les défend, dans la mesure de ses forces, contre les contradicteurs assez nombreux, philosophes ou physiologistes, qui les ont attaquées. Cette polémique, aussi courtoise qu'habilement conduite, nous a paru devoir intéresser au plus haut degré les médecins qui aspirent à plus qu'à la solution du problème de Pitcairn, et que le procédé expéditif du positivisme à l'égard du principe de la vie et de ses manifestations pathologiques ne satisfait qu'incomplétement; c'est pourquoi, sans entrer dans les détails d'une analyse qui nous entraînerait trop loin, nous marquerons au moins ici le but que se propose l'auteur, et nous nous efforcerons de laisser pressentir l'intérêt puissant qui s'attache aux graves discussions qui, suivant lui, doivent l'y conduire.

Le point de départ de toute doctrine vitaliste, de l'animisme comme de toute doctrine dynamique, c'est que les forces qui régissent le monde purement physique sont impuissantes à rendre

(1) *La vie dans l'homme, son principe; histoire de l'animisme.* — *La vie dans l'homme, ses manifestations diverses.* Chez MM. Victor Masson et fils.

compte des phénomènes par lesquels se manifeste la vie, soit dans l'état normal, soit dans l'état pathologique. L'argumentation de M. Tissot sur ce point fondamental ne nous a semblé nouvelle que dans la forme : au fond peut-être même manque-t-elle de la rigueur de celle qu'ont développée plusieurs physiologistes que leurs recherches, leurs méditations habituelles ont plus familiarisés avec les questions complexes qui se posent à ce propos. Mais où le savant professeur de philosophie de la Faculté de Dijon se montre évidemment supérieur à la plupart des médecins animistes eux-mêmes, c'est quand, une fois admis le postulat, que l'âme inconsciente est le principe des actes vitaux, il suit celle-ci, par une fine et délicate analyse, dans ses plus intimes manifestations. Telle est, suivant M. Tissot, l'impuissance radicale des forces purement physiques à expliquer la vie, que la vie végétale elle-même échappe à cette explication, et que là aussi l'animisme seul donne la clef des phénomènes qu'il s'agit de concevoir dans le principe en vertu duquel ils évoluent pour réaliser l'idée dont ils sont la vivante représentation. Ainsi, pour échapper au matérialisme contemporain, qui tous les jours recrute des partisans nouveaux, le professeur de philosophie de Dijon se jette dans un dynamisme animique universel, qui se heurte tout d'abord aux répugnances instinctives du bon sens.

Qu'on ne suppose pas, du reste, que ce soit là de la part de M. Tissot un coup de désespoir de la raison : il se défend lui-même vivement contre ce soupçon que ne doit jamais encourir l'homme qui s'est voué au culte pur de la vérité. Il exprime sur ce point une pensée hardie, que je veux mettre sous les yeux du lecteur : « Je dois dire avant tout, écrit M. Tissot, si ce qui précède pouvait laisser à cet égard quelque doute, que je n'apporte à cet examen aucun esprit de parti, ou d'école, par la raison que je suis de ceux qui veulent la vérité quand même, et par-dessus tout la vérité, quelle qu'elle puisse être, et que je ne partage nullement les terreurs de ceux qui s'imaginent que, dans l'hypothèse du matérialisme, morale, religion, vie future, tout est perdu.... Il y a longtemps, au contraire, que je suis convaincu de trois choses : la première, que l'homme vaut toujours un peu moins que ses meilleures croyances, et souvent beaucoup mieux que ses plus mauvais systèmes ; la seconde, que le matérialisme n'est déjà plus possible, comme conviction, quoi qu'en ait dit Malebranche et son maître, puisque la matière nous est aussi inconnue en soi, et beaucoup moins (*connue*) dans ses formes que l'esprit ; la troisième, que si la

matière était capable de penser aujourd'hui, on ne sait comment, il ne peut y avoir aucune bonne raison de croire qu'elle en fût incapable demain. Une matière qui penserait ne serait-elle pas par le fait même spirituelle. »

Pour nous, qui vivons dans un monde un peu moins métaphysique que celui dans lequel semble vivre M. Tissot, nous l'avouerons humblement, nous ne nous sentons pas aussi brave que le professeur de philosophie de Dijon, et le jour où l'on aura fait le vide dans le cœur et dans l'esprit des hommes, quant aux idées et aux sentiments qui en ont fait jusqu'ici la dignité et la grandeur, nous craignons fort que l'humanité ne recule en arrière, et que si nous descendons du gorille ou du chimpanzé, nous ne courrions grand risque de rétrograder jusqu'à notre point de départ.

Nous avons dit tout à l'heure que, suivant M. Tissot, dans l'état des choses, pour échapper au matérialisme, il faut admettre que l'âme est le principe des actes purement organiques, soit qu'il s'agisse des animaux, soit qu'il s'agisse du règne végétal lui-même, et la raison en est que non-seulement ces actes ne peuvent s'expliquer sans l'intervention d'une force qui est en dehors d'eux, mais encore parce que si les forces physiques suffisent pour expliquer les fonctions complexes qui s'accomplissent ici et là, il n'y a pas de motif plausible pour ne pas expliquer de la même façon les actes intellectuels, attendu qu'il est aussi difficile de faire de la bile ou de la salive, qu'un poëme épique ou une tragédie : mais il ne s'agit pas seulement ici d'une difficulté technique, ce qui ne signifie rien, du reste, en face de forces dont nul esprit ici-bas n'a mesuré la puissance : il s'agit de phénomènes d'ordre essentiellement différent, et tels que cette considération suffit à justifier une distinction que tous les sophismes ne parviendront jamais à effacer. L'auteur, une fois sur cette pente, va plus loin encore, il se demande, quelque part, si le monde inorganique lui-même échappe complétement à la nécessité logique de l'animisme. C'est aller bien loin, et dans tous les cas, c'est ressusciter sous une autre forme le monadisme de Leibniz, ou plutôt l'hylozoïsme de Gœthe, c'est-à-dire que c'est ouvrir à deux battants la porte au panthéisme.

Nous n'insisterons pas davantage sur ce côté du livre intéressant de M. Tissot ; ce que nous en avons dit suffira pour laisser pressentir au lecteur l'importance des questions qui y sont agitées, même au point de vue de la philosophie médicale. Mais, à côté de cette partie dogmatique, il y a une partie plus essentiellement critique, qui va encore plus droit à l'adresse des médecins, c'est celle

dans laquelle notre savant auteur s'attaque directement aux médecins contemporains, qui n'ont pas craint de s'aventurer dans ces questions, et de traverser, pour arriver jusqu'à elles, les toiles d'araignée de la scolastique à l'ombre desquelles l'école positiviste estime qu'il faut les laisser dormir. MM. Wirchow, Büchner, Houget, Bouchut, Joire, Dupuy, Cl. Bernard, Pelsse, Cerise, Delasiauve, Maximin Legrand, Chauffard, Garaud sont les principaux adversaires qu'en cette direction l'auteur rencontre sur sa route, et contre lesquels il défend le dogme scientifique de l'animisme, quand, ce qui est rare, il n'y rencontre pas des coreligionnaires plus ou moins orthodoxes. Bien qu'en plusieurs endroits de son livre il soit facile de reconnaître que le savant professeur de philosophie de la Faculté des lettres de Dijon n'a fait qu'effleurer, que feuilleter du bout de l'ongle, si l'on veut, les livres de médecine, quand des hauteurs de la métaphysique où il plane d'ordinaire il vient à toucher aux questions fondamentales qui sont comme l'âme de ces livres, il faut cependant lui rendre cette justice, qu'il ne marche sur ce terrain, nouveau pour lui, qu'avec une excessive prudence : sa dialectique fléchit visiblement ici ; mais il ne tarde pas à retrouver sa vigueur habituelle, quand, des faits remontant aux principes, il somme ses adversaires de préciser les questions, de définir la matière, et de montrer comment elle peut engendrer la force pour produire la vie, même au milieu des conditions extérieures les plus favorables à son évolution et à sa transmission par germes régénérateurs.

De toutes les solutions matérialistes de l'éclosion de la vie dans le monde, la plus profonde assurément, celle qui peut surprendre le plus facilement un esprit non suffisamment défendu, c'est la théorie de Virchow qui, posant la cellule comme le linéament primitif de toute organisation, fait la vie contemporaine de celle-ci. « La loi qui préside à la formation des cellules, dit le médecin en chef de la Charité, à Berlin, à leur génération organique, est nécessairement éternelle, en telle sorte qu'à chaque fois que, dans le cours d'un état de choses naturel, les conditions de la manifestation sont favorables, la formation se réalise. Les moyens de cette réalisation ne peuvent donc être cherchés que dans une disposition appropriée de rapports mutuels, dans un concours inaccoutumé de matières ordinaires, concours qui n'a lieu qu'en certains temps ; et l'événement de la vie doit pouvoir se rapporter, tant dans son premier fondement que dans son retour, à une espèce particulière de mécanique. »

Et VOILA ! dit à ce propos M. Tissot, avec une superbe ironie

qui rappelle la manière de M. de Malstre. Le fait est que cette cellule qui sommeille pendant des siècles, et qui ne s'éveille à la vie qu'à une époque déterminée de l'éternité de la matière, n'est pas chose facile à comprendre. Il y a des solutions plus simples, plus en harmonie avec les secrets instincts de l'esprit qui signifient bien quelque chose aussi, et Virchow recule bien plus la difficulté qu'il ne la résout. Dans tous les cas, cette réduction anatomique de l'organisation n'en est pas moins un progrès réel dans cet ordre de recherches ; mais bien des générations d'esprits passeront, qui, après avoir médité sur cette première manifestation de la vie pour en tirer, suivant des lois inconnues, les organismes les plus variés et les plus complexes, n'échapperont à la conclusion matérialiste des Darwin, des Virchow, des Berthelot, des Taine, etc., qu'à la condition de se replier dans le sanctuaire des instincts moraux de la conscience humaine. La lumière se fera-t-elle enfin sur ces questions devant lesquelles l'intelligence recule toujours vaincue, et auxquelles elle revient toujours, comme si elle était invincible ? Espérons-le; mais, malheureusement, nous ne le verrons pas. Qui a dit qu'il voudrait vivre toujours, ne fût-ce que par curiosité ? Je comprends ce mot que tout le monde a pensé, s'il ne l'a pas dit, mais que tous les lecteurs diront, nous en sommes sûr, quand ils auront lu le livre dont nous venons de parler. Seulement prenons garde de chercher sur tous ces points midi à quatorze heures, c'est-à-dire d'oublier des vérités que nous avons sous la main, pour courir les aventures d'une science impossible peut-être. Pour nous mettre à l'abri du vertige dont les esprits les mieux trempés ne se défendent qu'avec peine au bord de tels abîmes, retenons cette parole d'un homme de génie qui s'égara quelquefois, mais vit clair en beaucoup de questions : « Ne nous embarrassons pas de ces chicanes, et laissons-nous aller de bonne foi aux choses qui nous prennent par les entrailles. »

BULLETIN DES HOPITAUX.

De l'emploi de la fève de Calabar dans le traitement des kératites vasculaires. — La fève de Calabar est un médicament nouveau, bien étudié par Reveil dans son Formulaire. Elle détermine une contraction vive et rapide, et son emploi a donné de bons résultats à M. Giraldès dans les cas d'adhérence, de procidence de l'iris, de perforation de la cornée.

M. Reveil pense avec Daniel Flamburg que le meilleur mode d'application de l'extrait consiste à étendre une solution glycérinée sur du papier. Il fixe la proportion à 2 milligrammes d'extrait par centimètre carré.

Dans le cas qui suit, j'ai employé d'abord une solution aqueuse, ensuite glycérinée d'extrait au cinquantième, que m'a préparée M. Juhle, interne en pharmacie de mon service, et dont je me suis servi comme d'un collyre en instillant tous les jours une goutte entre les paupières. Ce n'est pas que cette observation soit très-concluante en faveur de l'action de la fève de Calabar ; cependant son emploi m'a paru, ainsi qu'au malade, avoir produit une certaine amélioration dans la vision, surtout pendant les premiers jours ; en sorte que ce fait confirmerait plutôt qu'il n'infirmerait les résultats annoncés par M. Galézouski il y a quelques mois à la Société de chirurgie. Je livre, du reste, l'observation recueillie par M. Calmettes, interne du service, ayant en cela pour but principal de solliciter de nouvelles recherches sur ce sujet intéressant.

Le nommé Faure, âgé de cinquante-sept ans, ancien emballeur, d'une constitution assez forte en apparence, entre à Bicêtre, en 1857, avec une tumeur blanche du coude. Pendant longtemps l'articulation suppure par des trajets fistuleux nombreux. Cependant, l'écoulement purulent se tarit et les fistules se ferment en 1860.

Mais à peine cette suppuration est-elle arrêtée que le malade entre à l'infirmerie pour une conjonctivite du côté droit, qui cède à l'application de sangsues et d'un collyre.

Deux ans plus tard, c'est-à-dire en 1862, il entre une deuxième fois à l'infirmerie, et M. Broca, qui faisait à cette époque le service, le traite pour un pannus, lui excise les vaisseaux les plus volumineux. Le malade reste deux ans dans cet état, voyant toujours à se conduire et s'occupant peu de sa situation, qui ne lui causait que quelques douleurs passagères et ne le gênait pas dans sa manière de vivre.

L'œil gauche se prend bientôt ; la vue est obscurcie davantage et le malade a peine à reconnaître les objets qu'il distinguait facilement quelques mois auparavant. Il se décide alors à venir demander les soins de M. Foucher, qui lui met un collyre dans les deux yeux. Ce traitement dure six semaines ; mais l'amélioration et le succès furent de courte durée, et M. Broca lui cautérisa la conjonctive avec du sulfate de cuivre.

Enfin, le 29 août dernier, il entre dans le service de M. Tillaux, voyant à peine pour se conduire, lisant difficilement et ne recon-

naissant que les gros caractères. M. Tillaux emploie les sangsues pour calmer les douleurs orbitaires, assez intenses à cette époque, et revient aux collyres de nitrate d'argent; mais, la vascularisation des cornées augmentant toujours, M. Tillaux fait de nombreuses excisions de vaisseaux, des scarifications qui ne produisent qu'un résultat fort médiocre. Il pratique alors l'iridectomie sur l'œil droit, le plus anciennement et le plus gravement malade. Cette opération a produit un résultat favorable sur lequel M. Tillaux se propose de revenir. Mais, l'œil gauche continuant à se vasculariser de plus en plus, malgré les moyens mis en usage, le chirurgien songea à la fève de Calabar; il introduisit chaque matin dans l'œil du malade une goutte d'une solution d'extrait au cinquantième. L'essai commence le 11 janvier 1867; une première solution dans l'eau produit un excellent résultat; le malade constate une amélioration sensible. Le brouillard qui obscurcissait sa vue disparaît; il se conduit avec une facilité plus grande; néanmoins, il ne peut lire encore. Cette amélioration dure un mois et l'on continue le traitement avec une solution nouvelle; mais dans la glycérine cette fois, l'extrait étant insoluble ou peu soluble dans l'eau et se précipitant, ce qui rendait son emploi un peu difficile. Mais dans cette deuxième période l'amélioration ne va pas en augmentant; elle reste stationnaire, ce que le malade attribue au véhicule qui a changé; mais il est probable que l'administration du médicament se prolongeant, son action sera relativement moins efficace, parce que les tissus y sont pour ainsi dire habitués.

On voit donc que la fève de Calabar a produit un résultat qui, sans être parfait, ne laisse pas que d'avoir apporté une amélioration que le malade s'empresse de reconnaître. Dr Tillaux.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Nouveau cas de métrorrhagie puerpérale arrêtée par l'éther pulvérisé. Jeune femme de vingt et un ans, primipare, arrivée au terme de la grossesse. A la suite d'une besogne fatigante à laquelle elle s'était livrée la veille, elle fut prise le matin, à huit heures, d'une légère perte de sang qui s'arrêta bientôt. A neuf heures, l'orifice utérin présentait une dilatation de la largeur d'un shilling; les contractions étaient lentes et peu actives; le pouls était naturel. Mais elle devenait de plus en plus faible, et vers onze heures il survint une syncope, avec pâleur marquée, puis beaucoup d'agitation. Le docteur Hicks vit la malade à midi et demi : à ce moment le col était plus largement dilaté, dilatable, les membranes rompues ; la tête du fœtus pressait fortement sur l'orifice;

le fond de l'utérus était large, tendu, dur. La malade était inquiète, extrêmement agitée ; pouls normal quant au nombre des pulsations, mais très-faible, au point que deux fois il avait été trouvé presque imperceptible. Pas d'écoulement de sang par la vulve. Le docteur Hicks diagnostiqua une perte interne ; mais il pensa qu'au moyen de stimulants et de réconfortants, il serait possible de mettre la malade en état d'arriver jusqu'à une dilatation plus complète du col, se proposant, si l'accouchement ne se terminait pas par les seules forces de la nature, de recourir alors à l'application du forceps. C'est ce qui eut lieu, et l'enfant fut amené vivant. A la suite il s'échappa une grande quantité de sang avec plusieurs caillots volumineux ; la délivrance se fit bientôt et elle fut suivie, après l'expulsion de nouveaux caillots, d'une contraction satisfaisante de la matrice. Mais cette contraction ne dura pas ; elle fit place au bout de peu de temps à un état d'inertie et de relâchement qui ramena l'hémorrhagie. L'application du froid au moyen de l'éther pulvérisé triompha très-rapidement de ce retour des accidents ; l'utérus se contracta de nouveau, et cette fois d'une manière permanente.

Cet emploi de l'éther pulvérisé, dont nous avons déjà donné un exemple, est, croyons-nous, appelé à rendre de bons services dans les cas de ce genre ; car il nous paraît constituer un mode d'application du froid énergique et efficace, plus commode en même temps et plus exempt d'inconvénients que ceux auxquels on avait eu recours jusqu'ici. (*Lancet*, 9 février 1867.)

Anévrysme traumatique de la région palmaire guéri par la compression. Le cas suivant fournit un exemple démonstratif des bons effets que l'on peut attendre de la compression bien faite dans le traitement de l'anévrysme traumatique.

Il s'agit d'une femme qui, au moment où elle ouvrait une fenêtre, un carreau étant venu à se casser, fut blessée par un éclat de verre. Celui-ci pénétra à travers le ligament annulaire du carpe et vint ouvrir l'artère cubitale vers le point où elle va former l'arcade palmaire superficielle. Il y eut une hémorrhagie dont il fut d'abord difficile de se rendre maître, mais qui enfin s'arrêta au moyen du tamponnement de la plaie et de la flexion forcée de l'avant-bras sur le bras. La cicatrisation était complète au bout de dix jours ; mais il restait une tumeur, siége de pulsations, du volume d'une grosse noix, et au niveau de laquelle la peau était amincie, rouge et luisante. Il y avait une vive douleur dans la région palmaire et le long du doigt annulaire et auriculaire, dont les mouvements étaient considérablement gênés. La compression sur la tumeur la réduisait : la pression sur l'artère cubitale y diminuait les pulsations, qui s'arrêtaient tout à fait si l'on venait à comprimer la radiale simultanément ; il en était de même quand on comprimait la brachiale, et qu'on plaçait l'avant-bras dans la flexion forcée. Se fondant, d'après cela, sur les effets de la compression pour obtenir la cure, M. Sydney Jones intercepta la circulation dans l'artère brachiale à l'aide d'un tourniquet ; il comprima en même temps les artères radiale et cubitale au poignet, au moyen de rondelles de liége maintenues par un bandage roulé, et plaça l'avant-bras dans la flexion ; au bout de quelques jours, la rougeur et la tension de la peau au niveau de la tumeur ayant diminué, il appliqua en ce point une compression semblable. Le traitement dut être interrompu quelques jours, en raison de la nécessité où se trouva la malade de quitter momentanément l'hôpital. Mais, repris le 30 juin, il avait amené, le 7 juillet, la disparition de toute pulsation dans le sac, en même temps que la diminution du volume et une consistance plus considérable de la tumeur. Le tourniquet fut alors enlevé, mais la compression continuée sur les artères du poignet et sur le sac. Le 13 juillet, la malade quitta l'hôpital, portant son appareil, et ayant la main légèrement œdématiée. Elle faillit compromettre le résultat en se servant de sa main, car quinze jours après il avait reparu quelques battements. La continuation des mêmes moyens et le repos absolu du membre les firent disparaître, et la guérison se compléta. Le 8 janvier, il ne restait plus trace de l'anévrysme, et les fonctions des doigts étaient intactes. (*Lancet*, 26 janvier 1867.)

Corps étranger extrait de la vessie chez une femme au moyen de la dilatation rapide de l'urèthre. Nous avons fait connaître (T. LXVI), les idées que professe M. Bryant, chirurgien de l'hôpital de Guy, sur la supériorité

que présenterait, selon lui, la dilatation rapide de l'urèthre chez la femme, comparativement à la dilatation lente et graduelle. Voici un cas qui dépose en faveur des avantages de cette méthode, et que nous empruntons à la pratique d'un autre chirurgien anglais, M. Thomas Nunneley.

Il s'agit d'une femme de quarante-quatre ans, forte et robuste, venue à l'hôpital pour se faire débarrasser d'un porte-plume en métal, qu'elle s'était introduit dans l'urèthre six jours auparavant pour remédier, disait-elle, à une difficulté d'uriner, et qui lui avait échappé et était tombé dans la vessie. M. Nunneley, après avoir constaté la présence du corps étranger et sa situation dans le réservoir urinaire, avait tenté de le saisir et de l'extraire au moyen d'une pince à anneaux courbe, mais il avait dû y renoncer à cause de l'impossibilité où il s'était trouvé d'écarter suffisamment les branches de l'instrument. Il y avait nécessité de dilater le canal; et, pour obtenir cette dilatation, le chirurgien donna la préférence au procédé qui permettait de la produire avec rapidité. La malade fut placée dans la même position que pour la lithotomie et endormie au moyen du chloroforme. La dilatation fut alors pratiquée au moyen du dilatateur de Weiss, et au degré convenable pour permettre l'introduction de l'index. Ce doigt, porté alors dans la vessie, reconnut à nouveau la situation du corps étranger; puis une pince courbe, introduite le long de ce doigt servant de guide, alla saisir le porte-plume par une de ses extrémités et le ramena heureusement au dehors. Les symptômes d'irritation vésicale qu'avait déterminés la présence du corps étranger continuèrent encore quatre ou cinq jours, puis disparurent. Il y eut d'abord de l'incontinence d'urine, mais qui alla diminuant d'une manière graduelle pour cesser promptement; car, quinze jours après l'opération, la malade ne se plaignait plus que d'être obligé d'uriner plus souvent qu'avant l'accident, et, invitée à revenir si cet état ne se modifiait pas, elle ne se représenta plus à la consultation (*Lancet*, 26 janvier 1867.)

Cas d'empoisonnement par la fève de Calabar. Le 11 août 1864, quarante-cinq enfants et une femme de trente-deux ans étaient conduits à *Southern Hospital* de Liverpool, dans le service du docteur Cameron. Ils s'étaient empoisonnés en mangeant des graines de fève de Calabar qu'ils avaient trouvées au milieu de débris jetés par un navire venant des côtes orientales d'Afrique. Il y eut un seul cas de mort.

Il fut impossible, chez le plus grand nombre des malades, en raison de leur âge peu avancé, de préciser la dose de poison ingérée. Cependant chez quelques-uns on obtint des renseignements exacts. La femme de trente-deux ans mangea une fève; la même dose fut prise par une jeune fille de treize ans. L'enfant qui succomba prétendit en avoir mangé six, et il est probable que ce chiffre n'était pas exagéré, à en juger par la quantité de pulpe que l'on trouva dans l'estomac au moment de l'autopsie. Une enfant de sept ans prit la plus forte moitié d'une de ces fèves, et sa sœur, âgée de six ans, prit l'autre. Un jeune garçon de six ans, qui ne fit que mâcher une fève, sans l'avaler, paraissait presque mort lorsqu'on l'apporta à l'hôpital.

On rencontra la même difficulté à déterminer le temps qui s'écoula entre l'ingestion du poison et l'époque d'apparition des premiers symptômes. Chez une petite fille de trois ans, ce fut au bout de cinq minutes; chez un garçon de quatre ans et demi qui se trouvait à jeun au moment où il mangea une de ces fèves, les symptômes apparurent au bout de cinq à dix minutes. L'intervalle moyen fut de vingt minutes à une demi-heure.

Le symptôme le plus saillant, dans tous les cas, fut la perte de la motilité. C'était un des premiers effets du poison, et on l'observa quelquefois même avant les vomissements; d'un autre côté, cette faiblesse musculaire persista quelque temps encore après la disparition de tous les autres symptômes.

En même temps que la perte de la motilité, on observait une prostration très-grande, avec lenteur et faiblesse du pouls, sueurs profuses, refroidissement des extrémités.

Des vomissements eurent lieu dans presque tous les cas; ils commencèrent peu de temps après l'ingestion du poison. Dans le cas terminé par la mort, on n'observa ni nausées ni vomissements, et la prostration devint rapidement excessive. Une forte diarrhée se montra chez dix-sept malades; un enfant de trois ans eut une hémorrhagie intestinale.

Au début, tous les petits malades

éprouvèrent de vives douleurs abdominales qui disparurent ensuite complétement.

L'état des pupilles fut noté dans douze cas; trois fois seulement elle parut rétrécie; une fois il existait de la diplopie.

Dans un cas, on ne constata ni convulsions, ni troubles de la sensibilité. Un seul des enfants, au moment où il tomba malade, eut comme une contraction spasmodique des mâchoires.

Au bout de cinq à six heures de prostration, les symptômes d'empoisonnement cessèrent presque complétement chez la plupart des jeunes malades.

La seule autopsie qui fut faite ne révéla rien de particulier dans les divers viscères, si ce n'est que l'état du cœur semblait indiquer que la mort avait eu lieu par syncope. Pendant les derniers moments de la vie, du reste, les battements de l'artère radiale avaient cessé d'être perceptibles, alors que la respiration se faisait encore assez bien. (*Medical Times.—Gaz. médic.*)

Nouveau procédé de ligature des veines variqueuses. Ce procédé, imaginé par M. Wood, chirurgien de King's College hospital, consiste à comprendre, sous les téguments, la veine dilatée entre une aiguille en avant et un double fil métallique en arrière. L'aiguille et le fil sont passés par les mêmes ouvertures en commençant par le fil, après quoi celui-ci est tortillé de part et d'autre, aussi serré que possible, autour de chacune des extrémités saillantes de l'aiguille. Dans l'espace de deux ou trois jours le vaisseau se trouve divisé. Si dans cet espace de temps ce résultat n'est pas obtenu en raison d'une portion de tissus, étrangère au vaisseau, comprise dans cette espèce de ligature, on détortille le fil et on le resserre. Dans un cas auquel fait allusion l'article auquel nous empruntons ces renseignements, l'opération fut pratiquée sur deux points du vaisseau, à une distance d'environ un pouce l'un de l'autre.

M. Wood dit avoir réussi dans tous les cas où il a opéré suivant ce procédé. Il n'a jamais vu survenir d'accidents, sauf dans un cas, chez un homme dans un mauvais état de santé générale, où il se produisit un petit abcès. Il regarde comme un grand point en faveur de ce mode opératoire, qu'il n'est suivi d'aucun risque d'hémorrhagie, accident qu'on a eu occasion d'observer à la suite de l'opération qui consiste à diviser la veine entre deux ligatures. (*British med. journ.*, 19 janvier 1867.)

Nouvelle manière de disposer les fils, après la ligature des artères. Depuis quelque temps, M. Campbell de Morgan, à l'hôpital de Middlesex, a adopté une façon nouvelle de disposer les fils des ligatures appliquées sur les vaisseaux dans les opérations par l'instrument tranchant, de laquelle il paraît avoir à se louer et qu'il peut être bon de faire connaître. Après que les vaisseaux ont été liés, au lieu de laisser, suivant la coutume ordinaire, les fils sortir entre les lèvres de la plaie, M. de Morgan, au moyen d'une aiguille, les passe au travers de la peau près du point où ils sont fixés aux vaisseaux. Ils restent ainsi sans déplacement possible, et sont enlevés sans la moindre douleur et sans peine lorsqu'ils ont fait leur office. La plaie, exempte par là de la présence d'un corps étranger qui peut l'irriter, jouit sans obstacle de la faculté de se cicatriser par première intention. — A l'expérience de prononcer si cette manière de procéder a réellement les avantages qui lui sont attribués. (*Lancet*, 19 janvier 1867.)

Des indications thérapeutiques de l'éclampsie. Voici comment M. Hérard s'exprime au sujet du traitement de cette redoutable affection : La question des indications thérapeutiques de l'éclampsie est des plus difficiles, parce que l'on n'est pas suffisamment éclairé sur la pathogénie de cette affection ; on sait seulement que la protubérance annulaire et la moelle allongée sont le point de départ de l'attaque ; mais, ce point une fois établi, tout n'est qu'incertitude ; toutefois, il est un phénomène concomitant à peu près constant et qui, à ce titre, doit fixer l'attention, c'est la présence de l'albumine. Or, il est impossible de méconnaître un certain degré de similitude entre les attaques d'éclampsie et la forme convulsive de l'urémie ; cependant, il faut bien avouer que ce rapprochement n'éclaire pas beaucoup la question, car les indications thérapeutiques de l'urémie sont elles-mêmes très-vagues. Il est vrai qu'il y a quelques cas d'éclampsie où il n'existe pas d'albu-

mine, mais ces cas sont tellement rares, que M. Chailly rapporte, dans son *Traité d'accouchement*, qu'il n'a jamais vu d'éclampsie sans albuminurie. Quant au résultat final des différents modes de traitement, un docteur belge a donné dans sa thèse une statistique qui fournit quelques indications utiles à ce sujet. Ces différents modes sont partagés en trois classes : 1° le traitement antiphlogistique; 2° le traitement calmant; 3° le traitement mixte, qui comprend les antiphlogistiques et les calmants. Par le traitement antiphlogistique, on a obtenu deux tiers de succès contre un tiers d'insuccès. Le traitement calmant comprend les antispasmodiques, tels que le musc, le castoréum, etc.; les narcotiques, tels que l'opium, dont on a obtenu les meilleurs résultats lorsqu'on l'a employé à dose croissante ; enfin le chloroforme, qui, d'après Brown, aurait donné sept guérisons dans sept cas d'éclampsie très-grave. Enfin, le traitement mixte serait celui que l'on doit préférer, car, d'après un médecin de Saint-Pétersbourg, il réussit dans les neuf dixièmes des cas. Du reste, il serait impossible d'établir une accusation justifiée contre l'emploi du chloroforme ; le seul reproche que l'on serait en droit de lui adresser, c'est de ne pas constamment réussir, mais il n'est pas une seule observation qui prouve qu'on doive en proscrire l'usage.

Quant à l'accouchement provoqué comme moyen thérapeutique, et destiné à faire cesser les attaques d'éclampsie, les accoucheurs sont très-divisés sur ce sujet et forment deux camps très-tranchés ; les uns, avec M. Paul Dubois, pensent qu'il n'y a aucun avantage à favoriser l'accouchement; d'autres, au contraire, et M. de Chailly est de ce nombre, croient qu'il est utile de provoquer la déplétion de l'utérus, et que cette circonstance peut avoir une influence favorable sur la marche des accès. (*Union médicale*.)

Cigarettes balsamiques contre l'aphonie. Trempez un morceau de papier brouillard épais dans une solution de nitrate de potasse, et faites le sécher ; puis enduisez-le de teinture composée de benjoin ; coupez-le en morceaux de 10 centimètres de long sur 5 centimètres de large, avec chacun desquels vous ferez une cigarette.

Ces cigarettes sont vantées contre l'aphonie.

Quant à la teinture de benjoin composée, elle se prépare de la manière suivante :

Benjoin en poudre grossière	60 gr.
Storax	45
Baume de Tolu.	15
Aloès succotrin.	8
Alcool rectifié	500

On fait macérer pendant sept jours, et on filtre. (*Union médicale*.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

De l'absorption par le rectum et la vessie. Il résulte des expériences faites par M. Demarquay, pour constater la rapidité et la puissance d'absorption des diverses parties de l'économie, que le gros intestin absorbe plus promptement que l'estomac. Le médicament employé pour ces recherches était l'iodure de potassium, que l'on retrouvait assez facilement dans la salive.

Voici les résultats donnés par cinq expériences :

1re exp.	Élimin. par la salive en	7 min.
2e —	—	5
3e —	—	5
4e —	—	6
5e —	—	2

Un fait pratique découle de ces recherches relativement à l'iodure de potassium. Dans certains accidents syphilitiques graves, il y aurait avantage à l'administrer par la voie rectale, lorsque des symptômes d'intolérance se montrent du côté des voies digestives.

Loin de ressembler à celle du gros intestin, l'absorption vésicale est faible ou nulle. Sur seize observations dans lesquelles les malades (hommes) ont été soumis à une injection dans la vessie d'une petite quantité d'eau (demi-verre environ), contenant 50 centigrammes d'iodure de potassium, l'absence de toute élimination a été notée dans la période de temps comprise entre huit et dix heures du matin et six heures du soir. Huit fois la présence de l'iodure a été constatée dans la salive. Il s'agissait, dans ces

expériences, de vessies saines. On peut se demander si les résultats n'auraient pas été autres avec des vessies malades, affectées de catarrhe. (*Académie de médecine.*)

Thérapeutique respiratoire. M. Béclard a lu un rapport sur un mémoire de M. Sales-Girons ayant pour titre : *la Thérapeutique respiratoire, ou moyen d'introduire les médicaments par la voie bronchique.* Nous en donnons une courte analyse :

Ce travail est la suite et le développement des idées bien connues de l'auteur sur cette méthode de traitement, qui consiste à porter sur la muqueuse des bronches, non pas les gaz et les vapeurs, mais les solutions médicamenteuses chargées de leurs principes actifs, et suspendues dans l'air inspiré par le moyen de la pulvérisation des liquides. Cette méthode thérapeutique, l'auteur la propose comme méthode générale de traitement des maladies, selon laquelle les médicaments appropriés seraient administrés par la voie des bronches au lieu de l'être par la voie gastrite comme d'habitude.

L'auteur s'adresse directement à la physiologie et lui demande si, en effet, la surface des bronches n'est pas préférable à la surface digestive pour la bonne administration des médicaments. La question préjudicielle est celle de savoir si les liquides pulvérisés pénètrent réellement dans les bronches jusqu'à leurs divisions ultimes. Sur cette question, un remarquable rapport de M. Poggiale et les expériences de M. Demarquay n'ont pas laissé le moindre doute touchant cette pénétration. Elle est donc démontrée réelle depuis longtemps, et l'instrument pulvérisateur perfectionné de M. Sales-Girons n'a fait que rendre plus facile et mieux établir cette introduction des poussières liquides dans les bronches. Il est certain aujourd'hui que, en réduisant cette poussière à l'état de nuage ou de fumée, comme cela a lieu avec cet instrument, les canaux bronchiques, quoique anguleux et diminuant de calibre, la reçoivent dans toute leur étendue. Enfin, les preuves surabondent pour assurer que cette pulvérisation pénètre jusqu'aux extrémités de l'arbre respiratoire. Et maintenant, en ce qui concerne le pouvoir absorbant de la muqueuse pulmonaire, il est incontestable qu'il y a peu de surfaces mieux douées pour l'absorption. Entre la substance qui doit être absorbée et le sang qui y circule, il n'y a pour ainsi dire rien d'intermédiaire. Aussi les liquides que l'on introduit dans les poumons y disparaissent-ils avec une surprenante rapidité. Vingt-cinq litres d'eau peuvent être injectés dans les bronches d'un cheval en six heures, et sont absorbés aussitôt sans incommoder sensiblement l'animal. Enfin, il est connu de tous les physiologistes que, lorsqu'on veut introduire une solution liquide, il n'est pas de voie d'absorption plus sûre ni plus prompte que l'organe bronchique. D'après ces faits d'expérience, la physiologie peut donc répondre à la question de M. Sales-Girons que la voie respiratoire présenterait, en comparaison des autres, une supériorité réelle pour l'absorption des médicaments. En moins d'une demi-minute, toute la masse sanguine passe, pour ainsi dire, globule à globule, dans son épaisseur d'une admirable ténuité de tissu, de telle sorte que la matière absorbable se trouve en contact avec chacun des éléments du sang.

Il résulte de ces conditions, qu'en comparaison avec la voie digestive, la voie bronchique est, sous tous les rapports, indiquée pour l'absorption des médicaments. L'estomac d'un cheval dont on a lié le pylore peut, d'après les expériences de M. Bouley, supporter vingt-quatre heures une solution de strychnine, sans que l'animal soit empoisonné. L'intestin grêle est la partie où l'absorption est le plus active, elle y est encore moindre que dans les bronches. Il n'y a donc point de doute à élever sur la préférence que mérite la voie respiratoire que propose M. Sales-Girons pour l'introduction des médicaments liquides pulvérisés selon sa méthode ; et cette méthode d'inhalation est compatible avec l'acte physiologique de la respiration.

L'auteur distingue parfaitement des substances actives, comme celle qu'il faut réserver pour cette médication. Ainsi les alcaloïdes, et notamment le sulfate de quinine, contre les fièvres intermittentes. Il en cite même une observation de cure remarquable (1), mais ce n'est pas la question de thérapeutique qui paraît occuper M. Sales-Girons ; il lui semble que si la phy-

(1) V. *Bull. de thér.*, t. LXX, p. 187.

siologie témoigne en faveur de son idée nouvelle, la thérapeutique ne peut pas manquer de venir ensuite la réaliser heureusement.

M. le rapporteur arrive au dosage difficile du médicament dans cette méthode. M. Sales-Girons dit qu'il obtient une goutte de solution dans les bronches par chaque aspiration volontaire de sa pulvérisation, ce qui suffirait pour produire une dose notable dans une séance de cinq minutes, séance qu'on répéterait deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures s'il le fallait.

En résumé, dit en terminant M. Béclard, la physiologie répond à M. Sales-Girons que la voie des bronches est la porte la plus largement ouverte à l'absorption des médicaments, et par conséquent à leur bonne administration. Lorsque cette méthode sera réglée dans la suite, il y aura lieu de voir jusqu'où elle justifie les grandes espérances de l'auteur. Ensuite, dans quelles maladies conviendra-t-il de l'appliquer? sera-ce dans celles qui pénètrent dans l'organisme par la respiration, suivant le principe établi en ces termes par M. Sales-Girons : *Quantum valeat organum ad absorptionem morbi, tantum valeat ad absorptionem remedii*; le champ en serait assez vaste, mais il serait imprudent de répondre à ces questions avant que l'expérience clinique ait permis de prononcer. (*Académie de Médecine.*)

Vaccine animale. Voici les conclusions du rapport de M. Depaul sur la vaccine animale :

1° La transmission de cowpox par inoculation de génisse à génisse s'obtient sans difficulté ;

2° Les génisses ont toutes été successivement inoculées par nous et toujours avec succès ;

3° La méthode par incision primitivement employée n'a aucun avantage sur celle par piqûre ;

4° Aucune des bêtes qui ont servi à nos expériences n'a présenté d'accidents par le fait de l'inoculation ;

5° Quelques-unes seulement ont été prises de diarrhée, sous l'influence probable du changement d'habitation et de nourriture ;

6° C'est le cowpox de Naples qui a servi aux trois premières, et celui de Beaugency qui a servi aux quatre dernières génisses ;

7° Ces deux cowpox ont donné des résultats identiques ;

8° Les transmissions successives du même cowpox ne lui ont rien fait perdre de ses propriétés ;

9° La marche de l'éruption a été plus rapide chez les génisses que dans l'espèce humaine ;

10° Le bouton paraissait le troisième jour, et suppurait dans le courant du septième au huitième ;

11° Les génisses malades ont offert des pustules moins développées que les génisses saines ;

12° L'éruption s'est exclusivement montrée aux points inoculés ;

13° La réaction générale a paru nulle ou presque nulle. Sur quelques génisses seulement, nous avons eu à constater un peu d'abattement et de chaleur à la peau ;

14° Il résulte de nos expériences qu'il serait facile, dans les grands centres surtout, d'organiser un service de vaccination animale ;

15° Le cowpox spontané n'est pas aussi difficile à rencontrer qu'on le croit généralement : deux occasions se sont présentées pendant le cours de nos expériences ;

16° Le cowpox dont nous nous sommes servi a une origine dont l'authenticité n'est pas contestable ;

17° La quantité de cowpox que peut fournir chaque génisse peut suffire aux exigences du service le plus étendu ;

18° D'après nos expériences, la syphilis n'est pas inoculable à l'espèce bovine ;

19° Pris dans de bonnes conditions, le cowpox réussit aussi souvent que le vaccin d'enfant ;

20° Pris après le septième jour, il produit des résultats moins satisfaisants ;

21° Le cowpox de Naples a réussi aussi souvent que celui de Beaugency ;

22° Il n'est pas rare, à la suite de l'inoculation du cowpox aux enfants, de voir la période d'incubation se prolonger, et l'éruption ne se manifester qu'entre le neuvième et le dixième jour ;

23° Parfois, sur le même individu, les pustules ont une marche irrégulière ;

24° Les pustules obtenues par le cowpox l'emportent en volume sur celles obtenues par le vaccin humain ;

25° L'inoculation du cowpox produit dans toute l'économie une réaction générale plus sensible, surtout à la période de suppuration ;

26° Toutefois, cette réaction n'a produit aucun accident sérieux sur

aucun des enfants inoculés par nous ;

27° Au point de vue du nombre des pustules, les résultats ont été les mêmes avec le cowpox qu'avec le vaccin humain ;

28° A la suite de l'inoculation du cowpox, une seule piqûre a quelquefois donné lieu à deux, trois et même quatre pustules ;

29° Ce phénomène est beaucoup plus rare à la suite de l'inoculation du vaccin humain ;

30° Tous les modes d'inoculation réussissent quand le cowpox est pris au moment opportun ;

31° Le cowpox conservé échoue souvent comme le vaccin d'enfant ;

32° Sous ce rapport, le vaccin humain nous semblerait avoir quelques avantages sur le cowpox;

33° Toutefois, nous avons inoculé avec succès du cowpox conservé depuis un mois dans des tubes ;

34° Nous en avons même envoyé, en province et à l'étranger, qui a donné des résultats satisfaisants ;

35° On ne peut savoir encore si l'action du cowpox sera plus durable et plus complète que celle du vaccin d'enfant ;

36° Nous avons fait trop peu de revaccinations pour en pouvoir rien conclure ;

37° On pourrait, en temps d'épidémies, envoyer dans les pays infectés une ou plusieurs génisses inoculées qui fourniraient tout le cowpox nécessaire pour les vaccinations et revaccinations.

VARIÉTÉS.

Par décret en date du 6 avril 1867, rendu sur la proposition de l'amiral ministre de la marine et des colonies, M. Langellier-Bellevue (Jules), médecin de 1re classe à l'hôpital de la marine de Vera-Cruz, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur ; chevalier le 31 décembre 1861 : 26 ans de services effectifs, dont 16 aux colonies et 7 à la mer.

Par arrêté ministériel, le docteur Edouard Fournié vient d'être nommé médecin adjoint de l'Institut impérial des sourds-muets.

L'administration de la ville de Paris vient d'ouvrir le nouvel asile Sainte-Anne, situé au faubourg Saint-Jacques, ainsi que le bureau d'admission, d'examen et de répartition qui lui est annexé. L'asile pourra contenir 600 aliénés, dont 300 hommes, 300 femmes, et le bureau d'admission, 45. A leur entrée, tous les malades seront d'abord reçus et hospitalisés pendant trois, quatre ou cinq jours, au bureau d'admission, et ils seront ensuite dirigés sur les services de Sainte-Anne, de Bicêtre ou de la Salpêtrière, et un peu plus tard sur les deux grands asiles extérieurs en voie de construction, à Vaucluse et à Ville-Evrard.

M. le préfet de la Seine a choisi le personnel médical de Sainte-Anne et du bureau d'admission, et nous avons à enregistrer les nominations suivantes :

Directeur provisoire : — M. le docteur Girard de Cailleux, inspecteur général du service des aliénés de la Seine;

Médecin en chef de Sainte-Anne (division des hommes) :—M. le docteur Dagonet, médecin en chef de l'asile de Stéphanfeld;

Médecin en chef de Sainte-Anne (division des femmes) : — M. le docteur Prosper Lucas, médecin de l'hospice de Bicêtre ;

Médecins du bureau d'admission : — MM. les docteurs Magnan et Bouchereau, interne des hôpitaux de Paris ;

Pharmacien en chef : — M. Paty, pharmacien de la maison impériale de Charenton ;

Internes en médecine : — MM. Lescure et Systeray ;

Internes en pharmacie : — MM. Boissy et Sudour.

Clinique ophthalmologique de la Faculté. — M. Foucher commencera ce cours le jeudi 25 avril, à neuf heures, à l'hôpital Saint-Louis, et le continuera tous les jeudis à la même heure.

Il s'occupera spécialement des opérations qui se pratiquent sur l'œil.

Les élèves seront exercés aux manœuvres opératoires.

Les exercices ophthalmoscopiques ont lieu tous les lundis et tous les vendredis, de deux à quatre heures, au bureau central, parvis Notre-Dame, 2.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'influence sur la santé générale de la guérison plus ou moins rapide ou de la répercussion des dartres ;

Par M. Devergie, médecin honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine.

Il faut avoir observé et pratiqué pendant longtemps pour se former une opinion sur certaines questions que tout d'abord on est porté à résoudre dans des sens opposés. Combien de médecins, par exemple, ne croient pas à la répercussion des maladies cutanées? Des accidents graves se montrent-ils, ils se sont développés sous l'influence de causes accidentelles; et si la maladie de la peau a disparu, c'est que l'affection nouvellement survenue, plus intense que celle qui existait, a entraîné sa disparition. La disparition de la maladie de peau n'est donc pour rien dans la manifestation des accidents, car elle n'était pas en rapport, par son étendue et sa gravité, avec les accidents développés. Tels sont les raisonnements que j'ai bien souvent entendu faire et contre lesquels je me suis toujours élevé. D'autres ne voient dans ces migrations que les effets naturels d'une diathèse générale qui se traduisent à la peau par des états morbides très-simples et très-limités, et qui tout à coup exercent une influence sur des organes importants de la vie, influence souvent très-compromettante. Aujourd'hui plus que jamais, après de longues années d'observation, je persiste dans ma manière de voir, et, sans nier la possibilité des diathèses, j'admets les influences des répercussions, soit par une cause accidentelle, soit par un traitement intempestif. C'est pour chercher à faire prévaloir mon opinion que je groupe un certain nombre de faits qu'il me serait facile de multiplier, afin de mettre en garde contre certaine thérapeutique que je considère comme étant essentiellement dangereuse.

Et d'abord, pour arriver à cette démonstration, partons des faits les moins graves et arrivons à des faits plus graves et par cela même plus acceptables.

Quant à expliquer, je me tiendrai à cet égard dans la plus grande réserve. Les théories sont aujourd'hui fort à la mode; les hypothèses ne font pas défaut; on crée des entités morbides avec une grande facilité; on revient presque au virus d'autrefois, et si le mot est remplacé par l'expression *diathèse*, c'est que le langage médical est plus correct aujourd'hui. Il faut avouer cependant que

la diathèse dartreuse d'aujourd'hui se rapproche beaucoup du virus dartreux des anciens, sauf à écarter l'idée du mode de transmission.

Un jeune magistrat portait depuis plusieurs années un prurigo à l'anus, et telle en était la démangeaison lorsqu'il vint me consulter qu'il ne pouvait plus tenir sur son siége à l'audience. Je mis deux ou trois mois à le guérir, et tout d'abord j'eus recours aux douches sulfureuses, moyen plus propre à exciter la peau qu'à répercuter la maladie. Ce ne fut donc que d'une manière lente et graduée que l'affection disparut.

Mais, très-peu de temps après la guérison, il fut pris d'hémoptysies répétées, quoique très-peu abondantes, hémoptysies laissant dans leur intermittence une toux légère, mais sèche, et entraînant d'ailleurs un certain amaigrissement que l'auscultation de la poitrine ne justifiait pas. J'eus recours cependant à l'huile de foie de morue, à la flanelle sur la peau, et au bout de quelque temps la scène changea : les accidents de la poitrine disparurent complétement pour faire place à des douleurs vésicales, accompagnées d'un dépôt muqueux dans les urines simulant un catarrhe vésical. Je traite l'affection catarrhale par les émollients et la térébenthine; les accidents s'atténuent, mais ne se guérissent pas; puis ils disparaissent tout aussi brusquement que l'hémoptysie, pour être remplacés par une gastralgie, qui a cédé à des soins soutenus et qui a été suivie du rétablissement de la santé, sans réapparition du prurigo depuis plus de dix ans.

Quel rôle a joué le prurigo dans la manifestation de tous ces symptômes très-compromettants pour la santé générale? Les uns diront qu'il y a été étranger; d'autres : c'était là une manifestation d'une diathèse dartreuse qui a cessé de se montrer à la peau pour se manifester sur d'autres organes. Mais, dès lors, la diathèse s'est-elle donc épuisée en passant par trois organes successifs et en ne reparaissant pas depuis dix à douze ans sans avoir jamais été l'objet d'aucun antidiathésique? Je le veux bien; pour moi j'y vois une coïncidence qui se rapproche des faits de répercussion ou de guérison d'une maladie locale existant depuis plusieurs années, avec habitude de grattage et de surexcitation. Je noterai d'ailleurs qu'il n'existait aucune sécrétion à la peau; mais, suivant moi, les effets de la cessation d'une démangeaison habituelle de la peau, sans sécrétion, peuvent être aussi funestes que dans les cas de sécrétion.

Ce fait me rappelle la prudence d'un malade qui vint me consulter un jour. C'était un colonel d'artillerie. Il venait d'avoir sa

retraite, et il me montra un très-léger eczéma de l'anus, qu'il avait porté tout le temps de son service à l'armée. « Je ne viens pas, me dit-il, vous prier de me guérir : loin de là. J'ai joui de la meilleure santé jusqu'à cette époque de la vie (il avait soixante-deux ans) ; je craindrais *en guérissant cette affection de tomber malade.* Je viens vous demander les moyens de calmer, sans guérir, cet eczéma, lorsque les démangeaisons sont par trop vives. »

Je n'aurais pas fait autre chose s'il avait demandé plus.

Il est des prurigos dont la guérison trop prompte peut mettre immédiatement la vie des malades dans le plus grand danger, par le développement de congestions pulmonaires, dont je parlerai tout à l'heure.

J'en dirai autant de ceux qui sont liés à une affection du foie, coïncidence assez commune, notamment dans les cas de coliques hépatiques. Le médecin ne doit-il pas agir alors avec la plus grande prudence ?

J'ai été consulté pour un malade dont un psoriasis assez confluent fut traité par des bains de sublimé à 16 grammes ; peu de temps après la disparition de l'affection, il survint des douleurs gastralgiques qui se répétaient assez fréquemment, se prolongeaient dans l'hypocondre droit, et simulaient les douleurs hépatiques, car ces douleurs se montraient la nuit vers une heure du matin, alors que le malade avait fait un dîner plus abondant que de coutume, et se terminaient par des vomissements. Cet état persistait depuis trois ans à divers degrés ; le psoriasis n'a plus reparu, à part une ou deux petites plaques de 1/2 centimètre. Sa guérison par des bains de sublimé à 16 grammes n'est-elle pas pour quelque chose dans la manifestation des accidents consécutifs ?

Mon honorable confrère M. Camille de Laurès m'a consulté pour un magistrat qui, à l'âge de vingt ans, a été atteint d'eczéma généralisé. L'affection disparut sous l'influence des alcalins et des sulfureux, sauf une plaque sur le dos de l'une des mains, qui persista assez longtemps. Un an après, développement d'une gastrite, qui a cédé à un régime lacté très-débilitant. Depuis cette époque, l'estomac est resté très-susceptible. Vingt ans plus tard, réapparition, à diverses reprises, sur plusieurs points de la peau, de plaques d'eczéma à l'état furfuracé et d'intertrigo anal des plus marqués. Durant l'existence de cette affection, la santé générale était devenue excellente. M*** avait repris de l'embonpoint et les digestions étaient parfaites. On fit usage de dépuratifs et d'agents externes de toutes sortes. La guérison survint ; mais à peine cinq mois étaient-

ils écoulés que l'estomac se reprit de nouveau, sans qu'aucun agent thérapeutique et l'usage des eaux minérales, telles que celles de Néris, pussent enrayer cette sorte de gastralgie. Le malade s'est mis à un régime sévère ; il a peu à peu réduit ses aliments, s'est mis comme la première fois au laitage, le tout sans succès. Cinq ou six médecins consultés ont tous admis la répercussion. M. Camille de Laurès a partagé cette manière de voir, en conservant de vives inquiétudes sur la santé et l'avenir de son ami.

Chez un M. ***, âgé de quarante-cinq ans, d'Orléans, atteint d'ichthyose depuis sa naissance, s'est montré un eczéma sur diverses parties du corps et dans des surfaces assez larges, notamment sur les membres. Il y a de cela dix-sept ans; deux ans après, la maladie ayant été guérie, des accidents cérébraux se sont montrés : tête lourde, pesante, céphalalgie, agitation du sommeil, le malade ne pouvant pas parfois donner suite à ses idées. Deux ans plus tard, faiblesse de tout le côté gauche, sans altération des traits de la figure.

La saignée et les purgatifs sont employés sans succès et les accidents cèdent au retour à l'état aigu de l'eczéma à la peau ; mais il reste une faiblesse et une diminution de volume du membre abdominal gauche.

Le malade vient me consulter dans ces conditions. Je prescris de ne rien faire pour combattre l'état eczémateux, de mettre en usage les purgatifs de temps à autre, et, dans le cas de nouveaux accidents, de rappeler l'éruption à l'aide de l'huile de croton tiglium.

Une dame de Nantes avait un prurigo de la vulve. Son médecin fait disparaître l'affection au moyen de bains de sublimé. La malade est d'abord heureuse d'être débarrassée de cette incommodité; mais, peu de temps après, elle est prise de soif intense, avec langue uniformément rouge, besoin permanent des acides dans la bouche et sur les lèvres; en même temps, elle voit ses urines augmenter. Elle vient à Paris, et je constate un diabète des plus accusés, dont les bains de vapeur et les préparations arsenicales firent justice dans un espace de temps assez court, aidés d'ailleurs d'un régime approprié. L'arsenic à l'état de liqueur de Fowler est le moyen qui m'a jusqu'à présent le mieux réussi pour combattre le diabète.

Je considère comme très-fréquente la concordance du diabète avec les affections des organes génitaux chez la femme ; mais cette dame n'était nullement diabétique lorsque par l'usage des bains de sublimé elle a vu disparaître assez rapidement son prurigo.

Un meunier de la Rochelle est pris, à l'âge de soixante-neuf ans,

d'un état morbide que l'on qualifie de fissure à l'anus. On cautérise avec la pierre infernale les parties atteintes, la maladie guérit. Mais, quelques mois après, se montrent des démangeaisons à l'anus avec sécrétion. On qualifie cet état d'eczéma de l'anus. On met en usage diverses pommades, sans succès. Alors un médecin de Paris prescrit une pommade au goudron (probablement trop forte) et qui amène de vives cuissons pendant la nuit, au point de causer une insomnie complète. Le lendemain, des pommades adoucissantes sont mises en usage, et, en quelques jours, l'état eczémateux qui existait depuis plusieurs mois a complétement cédé. Mais un peu plus tard la scène change, et M. *** est pris tout à coup d'une éruption à la figure, qu'on ne parvient à guérir qu'avec peine et toujours à l'aide de moyens extrêmes.

Quelques mois s'étaient écoulés depuis la guérison, lorsque plusieurs plaques d'herpès se montrèrent aux mains, avec démangeaisons persistantes ; c'est alors que M. ***, ne pouvant se guérir de cette affection, vint me trouver. Il fut mis à l'emploi d'une médication générale sulfureuse, et, dans l'espace de deux mois, la guérison était complète. Je l'ai envoyé à Uriage, afin de compléter la mécation. Depuis lors, les accidents cutanés ont cessé, et il y a de cela plusieurs années.

Dans les prurigos généralisés fort anciens, même ceux qui sont sans papules très-accusées à la peau, si par des agents résolutifs trop actifs on les guérit rapidement, il n'est pas rare de voir se manifester un ensemble de phénomènes morbides très-compromettants pour la vie. Vous avez laissé la veille un malade dans un parfait état de santé, mangeant d'autant plus qu'il a plus de démangeaison, et, le lendemain, vous trouvez un homme avec la figure profondément altérée, décubitus sur le dos, respiration anxieuse des plus difficiles, un pouls accéléré, mais débile. Auscultez la poitrine et vous y entendrez dans toute l'étendue des poumons des râles muqueux sibilants, sonores, sous-crépitants, en un mot, les indices d'une congestion pulmonaire, mais non pas d'une congestion pulmonaire sanguine et active, mais d'une congestion séro-sanguinolente : de prurigo, de démangeaisons à la peau, il n'en est plus question. Si vous saignez ces malades, vous les tuez. Il faut les révulser de toute manière : sur la poitrine, sur les membres, rappeler à la peau ce qui existait auparavant, leur donner des stimulants sous un petit volume à l'intérieur, de manière à faire naître par ces deux ordres de moyens une excitation générale. C'est à ces seules conditions que l'on voit peu à peu disparaître la congestion pulmo-

naire et la respiration se rétablir. La guérison n'a véritablement lieu qu'au moment où les démangeaisons reparaissent à la peau.

On a pu voir, par les faits que j'ai cités et que j'ai choisis à dessein, qu'il n'est pas nécessaire qu'une sécrétion morbide existe à la peau dans une grande surface, pour que la suppression plus ou moins brusque développe des accidents généraux ou des maladies localisées à un ou plusieurs organes internes. Que la moindre sécrétion longue d'habitude, ou même la démangeaison habituelle dans un point plus ou moins circonscrit de la peau, vienne à être supprimée tout à coup, cette suppression suffit à développer des affections d'autant plus graves, qu'elles atteignent des organes plus importants à la vie.

Je laisse à penser ce qui doit advenir lorsqu'on supprime brusquement de grandes surfaces sécrétantes !

Tous ces faits viennent à l'appui des idées qui ont cours aujourd'hui dans la science, et que nous partageons d'ailleurs dans une certaine mesure, à savoir que les états morbides cutanés qui se reflètent à la surface du corps, et surtout qui s'y généralisent, tiennent à une cause générale et exigent, pour être guéris, une médication générale. Mais il y a lieu de faire observer que si la théorie paraît rationnelle, nous ne sommes pas aussi avancés qu'on pourrait le croire, au point de vue thérapeutique. Que l'on admette des diathèses herpétique, rhumatismale, etc., c'est très-bien; mais avons-nous un moyen certain d'en reconnaître la nature et de les combattre, de manière à pouvoir dire : diathèse dartreuse? arsenic? diathèse rhumatismale? alcalins, etc.? Hélas ! non. C'est faire plier la thérapeutique à la théorie, et l'indication est souvent fausse. Il est des affections dartreuses dans lesquelles l'indication, au lieu de naître de la diathèse, naît de la forme morbide : ainsi, toutes les affections cutanées, squammeuses ou sécrétantes, qui se relient avec quelque nuance d'ichthyose aux coudes et aux genoux, réclament l'arsenic. Qu'une coïncidence se montre, qu'avec un psoriasis existe une douleur rhumatismale, on dira diathèse rhumatismale et l'on donnera des alcalins, si l'on est logique. C'est là une erreur.

Commencez donc, dirai-je, par guérir la diathèse rhumatismale, sans maladie de la peau, avec les alcalins. On me répondra qu'on en guérit, c'est vrai, quelquefois, mais d'abord pour combien de temps? Et puis, combien de fois sur cent?

Tout n'est donc pas dit quand on a diagnostiqué telle ou telle diathèse dartreuse. Le moyen de guérir, il faut le trouver. Eh bien, au point de vue du sujet qui nous occupe, et que nous avons effleuré,

il faut en tirer, suivant nous, les conséquences suivantes : 1° il ne faut jamais traiter des affections cutanées anciennes qu'avec la plus grande réserve, en tant qu'il s'agit d'agent à appliquer sur la surface malade, car la plupart de ces agents sont plus ou moins résolutifs et répercutants ; 2° il y a toujours lieu, dans ces sortes de cas, d'instituer une médication générale, déduite non-seulement du genre de diathèse que l'on croit avoir particulièrement reconnue, mais encore du tempérament, de la constitution du malade, et surtout des conditions de santé ou de maladie dans lesquelles se trouve tel ou tel organe interne malade, et même l'économie en général, car il existe des affections cutanées cachectiques aussi bien que des affections cutanées sthéniques; 3° que ce n'est qu'après avoir interrogé le malade sur l'ensemble de sa santé, et non pas d'après l'examen seul de la partie affectée, que l'on peut et doit instituer un traitement; 4° que la médication externe doit, autant que possible, être appuyée de moyens propres à faire fonctionner la peau en général, moyens à la tête desquels il faut placer les bains de vapeur ou les agents analogues; 5° qu'en présence d'un organe interne malade, le médecin doit user de la plus grande circonspection, attendu que loin d'être rare, comme on pourrait le croire par les quelques exemples que nous avons cités, les disparitions brusques ou cas de répercussion des maladies de la peau sont très-communes; 6° que c'est surtout dans ces affections anciennes qu'il y a lieu de conseiller l'usage des eaux minérales qui, si elles ne guérissent pas toujours, ne compromettent jamais la santé; telles sont les eaux qui font naître des poussées, comme Loueche, Bourbon-Lancy et Néris, à la condition de bains prolongés; les eaux sulfureuses, comme celles des Pyrénées; celles sulfureuses et purgatives, comme Uriage; les eaux alcalines, quand il a coïncidence de goutte, ou dérivatives, comme Niederbrunn, quand les intestins peuvent permettre cette dérivation, sans oublier toutefois nos agents médicamenteux généraux, qui comptent de si grands succès : l'arsenic, les sulfureux, les mercuriaux, l'iodure de potassium, seuls ou associés au fer, aux antiscorbutiques, antiscrofuleux, etc.

Que si nous portons nos regards sur les maladies qui affectent la première enfance, nous serons alors en présence des accidents les plus graves qui peuvent naître à la suite non-seulement d'une disparition, mais encore d'une diminution considérable dans les produits d'une sécrétion morbide. Ici ce sont surtout les eczémas et les eczémas impétigineux qui affectent l'enfance sous le nom de croûtes de lait ou de sécrétions plus ou moins généralisées.

Autrefois on respectait toutes ces éruptions de la première enfance; mais il faut reconnaître que ce respect allait trop loin, et une absence absolue de soins de propreté donnait parfois lieu à la chute des cheveux, en même temps qu'elle portait préjudice à la santé.

Aujourd'hui, les mères sont beaucoup plus fières de leurs enfants; elles ne supportent pas le moindre *galon* sur la tête. Ce sont là les deux extrêmes; mais il y a un juste milieu à tenir. Toujours est-il qu'en thèse générale, il y a danger à tarir plus ou moins rapidement une sécrétion séreuse ou séro-purulente, notamment celles de la tête. J'ai vu des états comateux avec phénomènes d'arachnitis en être une conséquence, et la vie devenir en danger.

Ici, nous n'avons pas la ressource d'une médication générale : l'organisation de l'enfant est trop peu avancée pour supporter des médicaments. Ce n'est guère que vers la quatrième année que l'on peut songer à leur emploi.

Que faire donc? S'abstenir d'abord, autant que possible; l'enfant ne s'en porte que mieux. Se borner à l'usage partiel de quelques agents adoucissants; ne jamais agir que sur une partie de l'éruption, de manière à ne pas opérer de suppression complète; atténuer peu à peu les inconvénients de l'éruption.

Plus tard, la nature transformera en maladie chronique l'affection qui était à l'état aigu. L'âge arrivera, et avec lui une constitution moins lymphatique et plus de résistance pour l'usage d'une médication générale appropriée.

Il semble, dans ces sortes de cas, que la nature établisse un émonctoire. Aujourd'hui, nous procédons par une exclusion absolue des vésicatoires et des cautères pour la guérison des maladies, contrairement à ce que faisaient nos pères. N'est-ce pas aussi aller trop loin? Chaque temps a ses doctrines, qui pèsent plus ou moins fortement sur la thérapeutique; mais la nature se joue d'elles, et, les constitutions médicales venant à changer, les doctrines cessent de s'approprier aux états morbides.

La conséquence obligée de ces faits, dans l'examen desquels je suis loin de vouloir m'engager, c'est que le médecin sage ne doit jamais être absolu, qu'il doit prendre pour point de départ de sa thérapeutique l'observation du malade, et comme corollaire l'étude des doctrines du jour.

De la digitale et de son action thérapeutique dans le rhumatisme articulaire aigu fébrile ;

Par le docteur Oulmont, médecin de l'hôpital Lariboisière.

(Lu à l'Académie impériale de médecine, le 16 avril 1867.)

Un médicament nouveau ou une application nouvelle d'un médicament déjà connu ne doivent prendre place dans la thérapeutique qu'après avoir subi le double contrôle de l'expérience physiologique et de l'expérimentation clinique. L'un est le corollaire nécessaire de l'autre, et c'est faute d'avoir reçu cette sanction indispensable que tant de médicaments sont tombés dans l'oubli, et que tant d'autres, qui vivent encore, mériteraient d'être oubliés.

Cette sanction n'a pas manqué au médicament dont je me propose d'entretenir l'Académie. La digitale, en effet, a depuis longtemps attiré l'attention des médecins et des physiologistes. L'étrange propriété que possède cette plante d'agir promptement sur la circulation, de déterminer une diurèse plus ou moins abondante et quelquefois d'amener la mort, l'indiquaient comme un médicament puissant et comme un poison actif.

Je n'ai pu découvrir à quelle circonstance fortuite ou raisonnée est due son introduction dans la médecine ; la seule chose qui soit certaine, c'est que, pour ce médicament, la clinique a devancé l'expérimentation physiologique. C'est Cullen et Withering, en effet, qui, les premiers, vers 1770, firent connaître ses propriétés hydragogues et son action sur le pouls.

Les expériences physiologiques ne sont venues que plus tard, par les travaux de Bouchardat, Bouley et Reynal, Bouillaud, Tardieu, etc., confirmer les faits déjà connus par l'observation clinique et en révéler de nouveaux. C'est en Allemagne surtout que, sous l'influence d'idées iatro-mécaniques, on a tenté les plus nombreuses applications thérapeutiques de ce médicament, et, en 1850, un éminent professeur de Berlin, Traube, proposa l'emploi de la digitale comme méthode générale de traitement dans toutes les maladies fébriles. Ses recherches, appuyées par des expériences très-ingénieuses faites sur des chiens, eurent un grand retentissement en Allemagne.

Les expériences cliniques de Traube furent reprises à l'Ecole de Strasbourg, en 1862, par mon ami M. le professeur Hirtz, avec un succès tel, que M. Hirtz en est arrivé à regarder la digitale en quelque sorte comme le spécifique de la fièvre symptomatique, de même que le sulfate de quinine est le spécifique de la fièvre intermittente.

Cet enthousiasme de la part d'hommes graves et sérieux m'avait frappé depuis longtemps, et j'avais résolu de vérifier par moi-même les faits avancés par Traube et Hirtz, d'en apprécier la valeur et de faire connaître une méthode de traitement assez ignorée en France. L'occasion s'est présentée, il y a deux ans, et, depuis cette époque, j'ai soumis au traitement par la digitale un grand nombre de maladies fébriles, et en particulier la pneumonie, la fièvre typhoïde et le rhumatisme articulaire aigu.

Le nombre de mes observations de fièvre typhoïde et de pneumonie n'est pas encore suffisant pour me permettre de tirer une conclusion générale, mais, ayant eu l'occasion de traiter par cette méthode vingt-quatre cas de rhumatisme articulaire aigu, j'ai pu me faire une idée très-nette de l'action de la digitale dans cette maladie, et les résultats m'ont paru assez nouveaux et assez intéressants pour me déterminer à les communiquer à l'Académie.

Ayant particulièrement pour objet, dans mes recherches, de comparer les résultats de ma pratique avec ceux des médecins de Berlin et de Strasbourg, je n'ai voulu faire aucune catégorie ni distinction parmi mes malades. J'ai soumis au traitement par la digitale tous les rhumatisants qui se sont présentés dans mon service pendant une certaine période de temps, sans tenir compte ni des formes de la maladie, ni des constitutions particulières qui avaient pu présider à son développement. La seule condition requise était de présenter cet état fébrile suffisamment caractérisé.

Pour avoir des éléments de comparaison aussi exacts que possible, j'ai voulu me servir de la poudre d'herbe de digitale de l'hôpital de Strasbourg même, et qui avait été obligeamment mise à ma disposition par M. Hirtz. Cette poudre, du reste, préparée avec un soin tout particulier par M. Hepp, pharmacien en chef de cet établissement, m'avait été spécialement recommandée à cause de la constance et de la certitude de son action. Je dois dire, en effet, qu'ayant manqué de la poudre de digitale de Strasbourg, j'ai employé quelquefois celle qui m'avait été fournie par d'autres pharmacies, et j'ai trouvé les effets plus lents à se produire et une activité manifestement moindre.

Je me suis conformé également pour les doses et le mode d'administration aux préceptes des médecins allemands. Toutefois, j'ai dû diminuer un peu les quantités. A Berlin, les malades prennent dans la journée la dose, qu'en France nous trouverions énorme, de 2 grammes de poudre dans les vingt-quatre heures. Je me suis borné à prescrire à mes malades 1 gramme de poudre d'herbe de

digitale en infusion dans 120 grammes d'eau sucrée, à prendre par cuillerées d'heure en heure. Cette dose était continuée jusqu'à ce qu'il fût survenu des nausées ou des vomissements. Alors le médicament était suspendu ; définitivement, si la maladie marchait vers la guérison. S'il survenait une recrudescence légère, je laissais agir la nature ; mais s'il arrivait une rechute caractérisée, je faisais reprendre l'usage de la digitale, en réduisant la dose à 50 centigrammes.

Mes malades ont pris ainsi, dans le cours de leur traitement, une quantité qui a varié depuis 2 grammes jusqu'à 5 grammes, et même une fois 6 grammes de poudre de digitale ; et ce qu'il y a de surprenant, c'est qu'à cette dose considérable, il n'est survenu aucun phénomène d'intoxication, tant il est vrai que l'action des médicaments diffère essentiellement, suivant qu'on les expérimente sur l'homme sain ou sur l'homme malade ! Le médicament était administré généralement dès le lendemain ou le surlendemain de l'entrée du malade, afin qu'on pût noter exactement l'état du pouls et la température dont les quantités devaient servir de termes de comparaison.

Lorsqu'on administre la digitale, à la dose de 1 gramme d'infusion de poudre, à un malade atteint de rhumatisme articulaire aigu, il est rare qu'il survienne un changement quelconque dans l'organisme avant trente-six heures. Au bout de ce temps, le pouls commence à tomber, puis bientôt la température. Cet abaissement du pouls et celui de la température augmentent lentement jusque vers le troisième et quelquefois le quatrième jour. A cette époque, il survient des nausées et le plus souvent des vomissements, et, dès le lendemain, le pouls tombe de 20 à 40 pulsations et la température baisse de 1 à 2 degrés. La digitale est alors suspendue, néanmoins l'abaissement du pouls et celui de la température persistent pendant quelques jours, et les manifestations morbides disparaissent graduellement et quelquefois avec une surprenante rapidité. D'autres fois, la guérison est plus lente, d'autres fois enfin des rechutes surviennent. C'est l'étude détaillée de ces différents phénomènes et des conditions qui les déterminent qui fait l'objet de ce travail.

Action sur le pouls et la température. — Le pouls conserve sa fréquence et ses qualités initiales généralement jusqu'après trente-six ou quarante-huit heures. Il est rare qu'il baisse auparavant, mais cela arrive. Après quarante-huit heures, la chute du pouls est déjà notable et atteint 10 et même 20 pulsations. Mais l'écart aug-

mente beaucoup, quand arrivent les symptômes d'intolérance, c'est-à-dire les nausées et les vomissements, et il atteint alors 20 et même 40 pulsations. La chute du pouls peut être très-brusque et je l'ai vu tomber, en vingt-quatre heures, de 52 pulsations. Cet abaissement du pouls est le phénomène le plus constant et le plus caractéristique de l'action de la digitale. Je ne veux pas faire entrer en ligne de compte un cas, mais un seul, où je ne l'ai pas observé pendant toute la durée de la maladie, qui a été de vingt-quatre jours, et bien qu'il soit survenu des vomissements dès le deuxième jour. Ce fait exceptionnel tient évidemment à des dispositions individuelles et ne peut infirmer la règle générale.

L'administration du médicament a toujours été suspendue dès qu'ont apparu les nausées et les vomissements; le pouls a néanmoins continué à baisser très-faiblement pendant trois ou quatre jours, puis il remontait assez rapidement à son chiffre normal; quelquefois, en vingt-quatre heures, toute trace de la chute du pouls avait disparu.

Quand la maladie doit être suivie de rechute, l'abaissement du pouls est moindre, dépasse rarement 10 à 20 pulsations et est de courte durée. Les rechutes surviennent assez habituellement de trois à six jours après la cessation de la digitale; le pouls reprend alors le caractère fébrile qu'il avait précédemment, d'autant plus marqué que les manifestations rhumatismales ont plus d'acuité.

On retrouve également l'abaissement du pouls, mais très-fugace, dans les cas où des complications inflammatoires intercurrentes viennent traverser la maladie. J'ai observé trois fois des complications de broncho-pneumonie dans le cours de rhumatismes aigus traités par la digitale. La défervescence a eu lieu, comme à l'ordinaire, vers le troisième ou quatrième jour après les vomissements, et elle a été une fois de 24 pulsations; mais au bout de vingt-quatre heures, le pouls était revenu au chiffre très-élevé de la veille.

La *qualité* du pouls ne varie pas sensiblement pendant les premiers jours de l'administration de la digitale. Il est généralement fort, développé ou résistant, et en rapport avec l'intensité et la gravité de la maladie. Au bout de quelques jours après la défervescence, il devient mou et quelquefois ondulant. Vers le quatrième ou cinquième jour, je l'ai vu plusieurs fois devenir inégal, irrégulier et intermittent, comme on l'observe dans les cas où la digitale a été administrée à dose toxique. Or, chez mes malades, il n'était survenu aucun accident qui pût faire croire à l'intoxication.

Cette irrégularité, quand je l'ai observée, est toujours arrivée lorsqu'on avait cessé l'usage de la digitale, et elle n'a pas empêché une issue heureuse de la maladie. Ceci prouverait, comme du reste je l'ai déjà montré dans une observation publiée en 1859, que la digitale n'est pas toujours, comme on l'a prétendu, un régulateur de l'action du cœur. On ne peut rien arguer ici de la dose élevée du médicament, puisqu'elle a été la même chez tous les malades où l'irrégularité du pouls n'a pas été observée. Cette dose, d'ailleurs, n'était évidemment pas toxique, puisque, comme je l'ai dit, il n'existait aucun symptôme d'intoxication.

La *température* suit une progression descendante qui est analogue à la dépression que subit le pouls, quoique moins sensible. Dans les deux ou trois premiers jours qui suivent l'administration de la digitale, la température n'offre que des variations peu sensibles ; mais, au bout de ce temps, elle commence à baisser, d'abord de quelques fractions de degré, puis elle arrive à 1 degré, qu'elle dépasse rarement. Je n'ai vu qu'une seule fois un abaissement de 2 degrés.

Cette diminution de la température correspond exactement avec la chute du pouls, commence en même temps qu'elle, et arrive aussi à son maximum quand survient la dépression nerveuse qui succède aux symptômes gastriques. Toujours cette diminution de la température s'effectue lentement, et jamais avec cette brusquerie que l'on remarque dans la chute du pouls. Quand elle est parvenue à son maximum, elle reste sans changement pendant un ou deux jours après qu'on a cessé la digitale; puis elle remonte vers l'état normal, à moins qu'il ne survienne quelque complication inflammatoire, auquel cas elle augmente rapidement. Je n'ai jamais vu l'abaissement de la température survenir plus tard que la chute du pouls ; je n'ai pas remarqué non plus qu'il la précédât, comme on l'a observé dans la fièvre typhoïde. J'ai toujours trouvé les deux phénomènes concomitants, n'ayant jamais pu saisir de différence de temps dans leur manifestation.

Ces résultats diffèrent un peu de ceux qu'ont obtenus les médecins allemands. Ceux-ci ont toujours vu la chute du pouls précéder l'abaissement de la température de douze ou vingt-quatre heures. Il est assez difficile d'expliquer cette différence dans les résultats, à moins d'admettre que, mes observations ayant toutes été faites sur le rhumatisme articulaire aigu, celui-ci, au point de vue de la température, se comporte d'une autre façon que les autres maladies fébriles. Il en serait, sous ce rapport, comme de la fièvre typhoïde,

avec cette différence que, dans celle-ci, l'abaissement de la température précède la chute du pouls, tandis que, dans le rhumatisme, les deux phénomènes sont concomitants.

Action sur les manifestations morbides. — Comme je l'ai dit, j'ai soumis au traitement de la digitale tous les malades atteints de rhumatisme articulaire aigu fébrile qui se sont présentés à moi dans une certaine période de temps, sans faire acception ni de la forme de la maladie, ni des circonstances particulières dans lesquelles pouvaient se trouver les individus. C'est ainsi que sur mes vingt-quatre malades, dix étaient atteints de rhumatismes simples, fébriles, sans complications, et étaient à leur première attaque. Six avaient eu des attaques antérieures, en nombre variable, généralement en petit nombre, deux ou trois. Six offraient des signes de maladies du cœur, hypertrophies, altérations valvulaires, dédoublement du premier ou du deuxième bruit, etc. Les cas compliqués ont été au nombre de treize : c'étaient deux bronchites, une pleurésie, trois broncho-pneumonies, dont deux furent mortelles, etc.

Tous mes malades étaient atteints de rhumatisme articulaire aigu généralisé. La plupart des jointures ont été successivement envahies, et deux fois seulement la maladie s'est localisée, une fois dans le pied, où elle a pris assez manifestement la forme goutteuse, et une fois dans le poignet, où elle est devenue une arthrite purulente.

Il existait de la fièvre dans tous les cas, plus ou moins marquée, mais évidente. Le pouls, à l'entrée des malades, a varié de 80 à 120 pulsations, et la température a offert en moyenne 38°,2.

Enfin, pour ce qui touche la durée de la maladie avant l'entrée à l'hôpital, j'ajouterai qu'elle remontait à une époque qui a varié de deux jours à trois semaines ; une fois même, l'attaque datait d'un mois, mais il y avait eu une rémission.

Ces détails sont nécessaires à connaître, pour que l'on puisse juger l'action de la digitale. Cette action est en quelque sorte parallèle à celle qui est exercée sur le pouls et la température. Nulle ou à peu près, dans les deux ou trois premiers jours de son administration, elle ne devient manifeste que lors de l'apparition des symptômes gastriques dont j'ai souvent parlé. En même temps que le pouls et la température tombent, et le plus ordinairement le lendemain, les douleurs diminuent, la rougeur et la tuméfaction disparaissent, et la transformation est quelquefois d'une surprenante rapidité; trois de mes malades ont été complétement guéris en six jours, et pouvaient sortir de l'hôpital du huitième au dixième jour. La guéri-

son n'est pas toujours aussi prompte, et pourtant, dans les cas simples, franchement pyrétiques, sans complications ou même avec des complications d'une médiocre gravité, et quand le malade en est à sa première attaque, la maladie peut disparaître en douze et quatorze jours. Toujours alors la défervescence a lieu le troisième ou le quatrième jour régulièrement; elle est très-nette et très-marquée, et j'ai vu un jour le pouls tomber du jour au lendemain de 52 pulsations.

Les choses se passent différemment chez les individus diathésiques, ou chez ceux qui ont déjà eu des attaques antérieures. Quand la manifestation actuelle de la maladie est à réaction forte, franche et bien caractérisée, le rhumatisme subit l'action de la digitale, de la même façon dont j'ai parlé, et il peut disparaître rapidement et sans retour. Mais le plus ordinairement l'amélioration, qui se manifeste assez vite, ne se maintient pas. La fièvre, les fluxions articulaires, qui avaient diminué ou disparu, se reproduisent, et bientôt survient une rechute. Cette rechute n'est pas empêchée quand on continue la digitale, et je l'ai vue survenir dans trois cas où la digitale avait été par erreur continuée après la défervescence.

Les rechutes arrivent le plus ordinairement deux ou trois jours après qu'on a cessé la digitale; elles sont caractérisées surtout par le retour de la fièvre et des douleurs. La fièvre peut d'emblée être très-forte et faire, en vingt-quatre heures, remonter le pouls de 20 pulsations.

Dans les rechutes, la digitale ne m'a pas rendu de service. Je la faisais donner dès le commencement à la dose de 50 centigrammes seulement. Quand elle était tolérée pendant quelques jours, elle amenait une atténuation dans les symptômes sans arriver à la guérison. L'amélioration était alors de courte durée, et une nouvelle rechute survenait. Mais quelquefois la digitale n'était pas supportée, et provoquait immédiatement ou au bout de peu de temps des nausées et des vomissements. Dans ce cas, la maladie résistait et prenait la marche lente et rebelle des rhumatismes chroniques. C'est ainsi que j'en ai vu qui ont duré deux, trois et même quatre mois.

Les faits que je viens d'exposer me paraissent démontrer que la digitale n'a de prise que sur les manifestations fébriles du rhumatisme. Quand la fièvre est tombée, si l'organisme n'est pas sous l'influence d'une imprégnation profonde du principe rhumatismal, la maladie peut disparaître avec la fièvre, et sous ce rapport la digitale n'agit pas autrement que les médicaments antiphlogistiques actifs. Mais si le rhumatisme a jeté des racines profondes, comme cela

arrive particulièrement chez les individus diathésiques, la digitale peut supprimer l'élément fièvre ; mais le principe rhumatismal reste et résiste. La maladie proprement dite n'est pas modifiée par la médication.

Action sur les principales fonctions. — Indépendamment de son action sur le pouls, la digitale exerce une influence favorable sur les organes de la circulation. Je n'ai vu survenir, en effet, chez aucun de mes malades, et quelles qu'aient été la durée et l'intensité du rhumatisme, une affection aiguë accidentelle du côté du cœur, ni péricardite, ni endocardite. Il est rare même qu'on voie naître ces bruits de souffle doux, perçus à la base du cœur, à caractère anémique, et qu'on rencontre si souvent dans le rhumatisme, surtout dans le cours de certains traitements, par le sulfate de quinine en particulier. Quand ces bruits de souffle existent au début de la maladie, la médication digitalique ne les modifie ni en plus ni moins. La même influence favorable est exercée par la digitale sur les maladies du cœur anciennes qui coexistent avec le rhumatisme. Chez tous ceux de mes malades qui portaient des signes évidents d'endocardite ancienne, avec trouble plus ou mois considérable de la circulation, j'ai vu celle-ci se régulariser, et les accidents s'amoindrir. La digitale exerçait son action habituelle, l'intolérance survenait, mais jamais l'affection du cœur ne s'est aggravée. J'ai trouvé une seule exception, assez intéressante pour que je m'y arrête un instant. Dans le cours d'un rhumatisme grave à rechutes répétées, il survint au moment de l'abaissement du pouls, qui fut brusque et considérable (48 pulsations), il survint un accès de suffocation violent, avec anxiété précordiale, accélération des battements du cœur, et qui fit craindre une mort imminente. Cet accident était arrivé chez un vieux rhumatisant atteint d'une maladie du cœur ancienne, avec altérations valvulaires, etc. Heureusement l'accès de suffocation diminua assez rapidement, ainsi que les autres symptômes, et le malade se rétablit. Quelle a pu être, dans ce cas, la cause des accidents formidables qui se sont manifestés ? Quelle a été la part de la digitale ? Il est certain qu'il y a eu un trouble instantané dans les phénomènes de la circulation, trouble que j'ai attribué à la formation d'un caillot intra-cardiaque. Cette hypothèse me paraissait d'autant plus vraisemblable qu'elle s'expliquait facilement par le brusque ralentissement du cœur, chez un homme dont la circulation est déjà embarrassée et dont, sous l'influence rhumatismale, le sang est très-riche en fibrine. Quoi qu'il en soit, la coïncidence des accidents avec la chute du pouls ne permet pas de

méconnaître l'influence de la digitale, et doit rendre circonspect dans l'emploi de ce moyen chez les rhumatisants atteints de maladies du cœur anciennes et avancées.

L'action de la digitale est également favorable sur le *système nerveux*. Chez aucun de mes malades, je n'ai vu survenir de symptômes qui, par leur intensité ou leur persistance, aient pu me faire craindre des complications cérébrales graves.

J'ai néanmoins observé un certain nombre d'accidents du côté du système nerveux, survenus soit à l'époque où la digitale commençait à exercer son effet, soit à l'occasion d'une maladie intercurrente. C'étaient généralement de la céphalalgie, des vertiges, des troubles de la vision, avec dilatation des pupilles ; de l'abattement, de l'insomnie, de la lenteur dans les réponses ; du délire sous diverses formes. Quelle qu'ait été l'époque où soient survenus ces accidents, au début du traitement ou sur la fin, ou à propos d'une maladie intercurrente, ils ont disparu au bout de quelques jours, même dans les deux cas qui ont été mortels, et n'ont paru apporter aucun trouble dans la marche de la maladie.

Je ne veux assurément pas induire de cette innocuité que le traitement par la digitale mettra les malades à l'abri de redoutables complications. Mes observations ne sont pas assez nombreuses pour justifier une semblable conclusion. Mais je n'en considère pas moins comme un fait important que vingt-quatre malades atteints de rhumatisme fébrile ont été traités par la digitale, sans qu'il soit survenu d'accidents cérébraux graves.

Les *sécrétions* n'ont pas paru être influencées par la médication digitalique. Les sueurs abondantes dans le rhumatisme ne m'ont paru être ni augmentées ni diminuées. La sécrétion urinaire n'a éprouvé aucune modification, et j'ai pu constater, avec tous les médecins qui ont expérimenté la digitale, que, dans le rhumatisme, comme dans toutes les maladies fébriles, ce médicament n'exerce pas d'action diurétique pendant la durée de la fièvre.

Il me reste, pour terminer, à dire quelques mots des *voies digestives*. Les nausées et quelquefois les vomissements survenaient le troisième et le plus généralement le quatrième jour, et cessaient presque immédiatement après la suppression de la digitale. Dans les rechutes, quand on revenait au médicament, les vomissements et les autres symptômes d'intolérance se reproduisaient rapidement, mais disparaissaient toujours après la cessation de la digitale, sans laisser aucune trace inflammatoire ni autre.

Arrivé à ce point de mon travail, si je résume en quelques mots les faits que je viens d'exposer, je trouve que l'action de la digitale dans le rhumatisme articulaire aigu peut être défini par les phénomènes suivants, qui me serviront de conclusions : 1° abaissement graduel du pouls qui, dès le troisième ou quatrième jour de l'administration du médicament, tombe de 10 à 40 pulsations; 2° diminution correspondante et concomitante de la température, qui descend de quelques fractions de degré à 2 degrés ; 3° diminution rapide et disparition complète des manifestations morbides, quand la maladie est aiguë, simple et sans complications ; 4° résistance du rhumatisme chez les individus diathésiques ; 5° absence de complications cardiaques accidentelles ou métastatiques ; 6° absence complète de mauifestations cérébrales, et disparition de celles qui surviennent sous l'influence de la fièvre ou d'une maladie intercurrente.

Il me reste une dernière question que je n'aborde qu'avec hésitation, à cause de l'incertitude dont elle est encore entourée. C'est l'étude du mode d'action de la digitale. Comment ce médicament agit-il dans le rhumatisme articulaire aigu ? Je suis arrivé par l'observation attentive des faits à cette conclusion importante : c'est que la digitale agit sur la fièvre en abaissant le pouls et la température, mais qu'elle est sans action sur le rhumatisme proprement dit. La question revient donc à celle-ci : Quelle est l'action de la digitale sur la circulation et la calorification ? C'est cette question que tous les expérimentateurs ont cherché à résoudre, et, je dois l'avouer, ils sont arrivés aux résultats les plus contradictoires.

Les uns, avec Traube, admettent qu'à dose non toxique, la digitale exerce une action excitante sur le système nerveux modérateur du cœur, c'est-à-dire sur le pneumo-gastrique. Cette excitation produirait une diminution de pression dans le système artériel et, par suite, le ralentissement du pouls et l'abaissement de la température. D'autres, avec Schiff, prétendent qu'au lieu d'être un modérateur du cœur, le pneumo-gastrique est un excitateur de ses mouvements, d'où résulteraient des effets opposés sur la circulation et la calorification. M. Vulpian est persuadé que la digitale agit exclusivement sur la fibre musculaire du cœur. D'autres physiologistes admettent une double action, sur le système modérateur d'une part, d'où le ralentissement du pouls, et sur le système ganglionnaire intra-cardiaque d'autre part, d'où l'augmentation de l'énergie du cœur et de la pression artérielle. Enfin, dans une thèse récente, M. Legroux fait jouer le rôle principal aux nerfs vaso-

moteurs, sur lesquels la digitale exercerait une sorte d'action élective.

Il est difficile de prendre un parti au milieu d'assertions si différentes et dont quelques-unes sont soutenues par des médecins et des physiologistes éminents. Je dois dire pourtant que, dans mon opinion, les expériences de Traube mettent hors de doute et l'action du nerf pneumo-gastrique comme modérateur du cœur, et celle de la digitale comme excitant de ce système modérateur. De là une diminution de pression dans le système artériel et, par suite, de la rapidité de la circulation. Mais, malgré l'étroite connexion qui lie la circulation à la calorification, le ralentissement des battements du cœur et du pouls ne peut pas expliquer d'une manière absolue la diminution de la température. J'ai montré, en effet, que dans le rhumatisme articulaire aigu les deux phénomènes étaient concomitants, et j'ai dit que, dans la fièvre typhoïde, on avait constaté que, sous l'influence de la digitale, l'abaissement de la température précédait la chute du pouls, ce qui serait inexplicable si la température était tout à fait sous la dépendance de la circulation. On est conduit ainsi à penser que la digitale exerce une action complexe. Indépendamment de son effet sur le nerf pneumo-gastrique et peut-être sur les ganglions intra-cardiaques, n'y aurait-il pas encore une certaine influence sur les nerfs qui président particulièrement à la nutrition et à la calorification, je veux dire sur les nerfs vaso-moteurs? C'est aux physiologistes qu'il appartient de résoudre cette question ; mais, fût-elle résolue, tout ne serait pas dit. L'augmentation de la température et l'accélération de la circulation sont assurément des éléments importants de la fièvre, mais ne sont pas toute la fièvre. Il y a là quelque chose de plus, un élément supérieur, vital, si on veut l'appeler ainsi, qui domine la maladie et qui s'impose au médecin.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Des maladies de l'ombilic chez les enfants ;

Par M. P. Guersant, chirurgien honoraire des hôpitaux.

Indépendamment de la hernie ombilicale dont nous avons parlé, nous devons signaler quelques lésions pathologiques qu'on rencontre chez les enfants à la région ombilicale.

De l'hémorrhagie. — Ordinairement, le cordon ombilical se flétrit

du premier au troisième jour de la naissance, et le quatrième ou le cinquième jour le cordon se dessèche, puis se sépare avec plus au moins de suppuration, laissant au-dessous de lui une oicatrice, c'est-à-dire l'ombilic. Chez les enfants qui meurent en naissant, on n'observe pas de dessiccation du cordon; il faut que l'enfant vive deux ou plusieurs jours pour observer ce phénomène vital. Quelquefois ce travail de la nature est entravé par une hémorrhagie.

Il peut se faire que, dans les manœuvres de l'accouchement, de violentes tractions sur le cordon ou bien la chute de l'enfant suspendu par le placenta puissent déterminer l'arrachement ou la déchirure du cordon à son point d'insertion à l'ombilic: on a vu cet arrachement avoir lieu, mais rarement, par suite des efforts dans l'accouchement; c'était dans des cas où le cordon était extrêmement court. Alors, dans ces vices de conformation, on a vu l'enfant arriver mort par suite d'hémorrhagie observée à la naissance; elle se rencontre plus souvent à l'époque de la chute du cordon, à six, sept et même plusieurs jours après la naissance. Alors le sang coule en bavant d'une matière intermittente et non par saccades.

Cet écoulement a lieu, quelquefois, parce que la ligature n'est pas assez serrée; il suffit alors d'appliquer une nouvelle ligature plus serrée au-dessus de celle déjà placée.

Cette hémorrhagie peut s'observer chez des enfants atteints de purpura hemorrhagica; si l'on remarque des pétéchies sur le corps, le diagnostic n'est pas douteux. D'autres fois, on ne peut reconnaître la cause. Cet écoulement peut être considérable et cause de mort, si on n'y remédie pas de suite. S'il est peu abondant, il peut s'arrêter facilement; mais, dans beaucoup de cas, il faut agir énergiquement. On a conseillé l'alun, la colophane, la glace, le nitrate d'argent, etc., même le fer rouge. Je pense qu'à tous ces moyens il faut préférer soit l'application convenable du perchlorure de fer, soit la ligature en masse. Pour l'application du perchlorure de fer, nous nous sommes bien trouvé, dans deux ou trois circonstances, de faire d'abord la compression de l'ombilic en masse entre l'indicateur et le pouce de la main gauche, et, après avoir bien vu le point d'où vient le sang, après avoir cessé un instant la compression pour la renouveler ensuite en comprimant même davantage, nous avons appliqué sur le point d'où vient le sang une petite boulette de charpie dure, tenue entre les pinces à pansement et préalablement imprégnée de perchlorure, maintenue en la comprimant quatre à cinq minutes et en continuant la compression à l'aide de disques d'agaric appliqués sur la boulette de charpie; le tout serré

avec un bandage de corps. Enfin, un moyen plus certain encore consiste dans l'emploi de la ligature en masse. Pour faire cette ligature, il faut traverser avec une épingle la base du tubercule ombilical; on passe au-dessous de l'épingle un fil qu'on tourne plusieurs fois en serrant fortement. C'est ce moyen qui nous paraît, comme à d'autres chirurgiens, le plus efficace.

Si cependant on reconnaît une cause générale, telle que le purpura hemorrhagica, il faudrait agir intérieurement par des astringents et principalement à l'aide de deux gouttes de perchlorure de fer données dans une cuillerée à café d'eau, suivie d'une cuillerée de lait et répétée plus ou moins suivant le résultat.

De la végétation ombilicale. — Nous avons rencontré souvent, chez des enfants nouveau-nés, une végétation dans la dépression de l'ombilic. Dans les semaines qui suivent la naissance, quelquefois même au bout de trois ou quatre mois, elle ressemble à un petit polype rouge du volume d'un grain de blé ou d'un pois; elle est pédiculée, laisse suinter un peu de sérosité sanguinolente et détermine quelquefois de l'inflammation; souvent avec le temps elle tombe, mais elle irrite l'ombilic. Il est aisé de la faire tomber avec un fil porté sur le pédicule. Ce n'est pas autre chose qu'un bourgeon charnu qui prend l'aspect d'un petit polype.

Du phlegmon de l'ombilic. — Il arrive quelquefois que la chute du cordon ombilical s'accompagne d'une inflammation circonscrite, qui occupe l'ombilic et quelquefois la veine et l'artère. Cette maladie grave présente, à l'autopsie, les altérations pathologiques suivantes, constatées plusieurs fois par le docteur Meynet, qui a écrit sur ce sujet. Les altérations, que nous avons vues deux fois, sont, en général, la putréfaction rapide, l'épiderme de l'abdomen soulevé, macéré, coloration noire autour de l'ombilic, ventre déprimé, tissu cellulaire péri-ombilical infiltré d'une sérosité purulente, mais pas de collection purulente; au péritoine péri-ombilical, rougeur circonscrite le plus ordinairement; quelquefois péritonite générale, inflammation de la veine ombilicale seule; d'autres fois, inflammation de la veine et de l'artère.

Ces lésions pathologiques graves, constatées anciennement et dans ces derniers temps par MM. Baron, Trousseau et d'autres, reconnaissent des causes quelquefois traumatiques : ligature du cordon mal faite, pommades irritantes appliquées sur l'ombilic, manque de propreté; d'autres fois des causes générales : mauvais régime, mauvaise nourriture aux nouveau-nés; enfin, comme l'ont constaté Meynet et Bouchut, l'influence de la péritonite puerpérale de la mère.

Symptômes. — Il y a d'abord des symptômes généraux qui en permettent pas de reconnaître tout de suite la maladie. C'est souvent dans les premiers jours de la naissance, dans la huitaine qui suit l'accouchement.

L'enfant se plaint, pousse des cris continuels, il y a fréquence du pouls, avec faiblesse, diarrhée ou constipation; il y a quelquefois muguet, l'enfant refuse le sein. On constate autour de l'ombilic de l'inflammation qui accompagne la chute du cordon; bientôt de l'ulcération qui retarde la séparation du cordon; ajoutez à cela autour de l'ombilic une rougeur érysipélateuse de plus en plus foncée, une tuméfaction en forme de bourrelet; l'ulcération se creuse de plus en plus, les bords se renversent et la surface se couvre d'une membrane grisâtre; le pus devient fétide; le cercle érysipélateux, de plus en plus tuméfié, se couvre de phlyctènes remplies de sérosité; la tuméfaction envahit toute la surface de l'abdomen, et bientôt la plaie prend les caractères de la pourriture d'hôpital.

Cette maladie, dont la marche est assez rapide, dure deux ou trois jours quelquefois; elle est, en général, funeste, et se termine par la mort.

Si, dans quelques cas très-rares, la guérison survient, elle est lente : alors l'ulcération ne s'étend plus, la fausse membrane se détache, les bourgeons charnus se développent, le pus s'arrête, devient de bonne nature et les accidents généraux diminuent; l'enfant reprend le sein et les boissons qu'on lui présente.

Traitement. — A l'*intérieur*, combattre la constipation qui souvent est fréquente; on peut donner le calomel à des doses fractionnées. A l'*extérieur*, les émollients d'abord, mais le plus tôt possible, et c'est ce qui nous a réussi dans deux cas : en premier, les applications d'onguent napolitain avec la belladone; puis, le plus tôt possible, le collodion élastique. Dans le cas d'ulcérations, les poudres de tannin et de quinquina, en recouvrant le ventre de ouate. Nous n'avons pas employé la cautérisation à l'extérieur, suivant l'avis de M. Meynet, à l'aide de la pâte de chlorure de zinc, ni le perchlorure de fer, suivant le docteur Valette, de Lyon, qui l'a mis en usage à l'intérieur et à l'extérieur.

De l'incision des gencives chez les enfants ;

Par M. P. Guersant, chirurgien honoraire des hôpitaux.

Anciennement, et aujourd'hui encore, on attribue beaucoup de maladies de l'enfance à la dentition : c'est surtout l'absence de connaissance des maladies des enfants qui est la cause de ce préjugé, trop généralement répandu, même chez certains médecins.

L'enfant est sujet, dès sa naissance, aux diverses maladies observées à tous les âges ; il peut être pris d'une foule de maladies pendant la première dentition, il faut les reconnaître.

L'irrégularité de la marche dentaire peut cependant entraver le développement ; les dents sortent trop rapidement ou très-lentement.

Par l'éruption des premières dents, qui n'apparaissent que plusieurs mois après la naissance, on observe d'abord du ptyalisme longtemps avant que la dent soit sortie de l'alvéole. Cet écoulement de la salive est un phénomène salutaire : il prépare et assouplit le tissu des gencives. Les glandes salivaires s'engorgent, il y a une sensation particulière qui porte l'enfant et le jeune animal à mordre les corps qu'il peut saisir : cette pression de la gencive est utile, et, par conséquent, favorable pour aider l'écartement qui se fait entre les deux lames osseuses pour entr'ouvrir l'alvéole. A cette époque, les hochets sont utiles ; mais plus tard, quand les gencives deviennent sensibles et que la pointe de la dent commence à presser sur le tissu gengival gonflé, il vaut mieux donner aux enfants, au lieu de corps durs, des racines de guimauve, de réglisse, en un mot, des corps faciles à ramollir par la salive. Souvent les enfants arrivent à faire les premières dents sans avoir d'accidents ; mais quelquefois le tissu de la gencive devient tendu, gonflé ; il y a même de la soif, de la fièvre, de la rougeur des joues : c'est la fièvre de dentition.

C'est à cette époque qu'il faut bien observer l'enfant et reconnaître si positivement ces accidents dépendent du gonflement des gencives seulement ou de toute autre maladie : aphthes, affections couenneuses, convulsions, qui peuvent se manifester sous l'influence de la dentition, par suite de la congestion que ce travail peut développer du côté de la tête.

On ne doit d'abord mettre en usage, dans ces cas, que les émollients, les fomentations sur les gencives avec le doigt imprégné d'une liqueur calmante, au borax, au miel rosat, etc. ; les légers dérivatifs, sur le canal intestinal ; les pédiluves, l'emploi de bottes de ouate recouvertes de taffetas gommé, fixées à l'aide de rubans aux jambes,

pour prolonger une chaleur qui détermine de la transpiration aux membres inférieurs.

Lorsque ces moyens simples, qui réussissent le plus souvent, échouent, on peut quelquefois en venir à l'incision de la gencive, qui paraît rouge et distendue par la pression de la dent. Cette petite opération est surtout indiquée s'il y a convulsions déterminées par la douleur.

Pour faire cette opération, il faut qu'un aide assujettisse solidement la tête de l'enfant, que l'opérateur écarte la joue de l'enfant à l'aide d'un doigt de la main gauche et qu'il tienne de la main droite un bistouri dont la lame est garnie de linge dans les deux tiers, de manière que la pointe soit découverte de 1 centimètre seulement; d'abord, on doit faire une incision transversale, puis une autre, qui sera faite de manière à avoir une incision cruciale. Il est encore mieux d'enlever d'un seul coup, sans faire d'incision préalable, un lambeau de la gencive : on a, par ce moyen, un dégorgement plus facile et l'avantage de ne pas voir la plaie se fermer du jour au lendemain. On doit porter l'extrémité du doigt dans la plaie, pour s'assurer si on reconnaît la dent et si l'alvéole n'est pas resserrée et ne nécessiterait pas d'être débridée, ce qui peut se faire à l'aide de ciseaux. Il ne faut pas trop souvent pratiquer cette opération, qui cependant est innocente; il faut surtout la réserver pour les dents molaires, dont les tubercules opposent plus de résistance au tissu des gencives. Il faut aussi bien insister sur les moyens relâchants et calmants, avant de se décider à opérer. On a obtenu des succès, mais on a observé qu'en pratiquant trop tôt l'incision, on a quelquefois retardé la sortie de la dent, parce qu'on peut ouvrir la capsule dentaire avant que la dent soit arrivée à son degré d'ossification parfaite; alors elle pousse très-lentement. Il est donc souvent plus prudent de s'abstenir.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Adansonine, alcaloïde retiré du baobab;

Par M. Stanislas MARTIN.

Le ministre de la marine a reçu de la Nouvelle-Calédonie beaucoup d'objets d'histoire naturelle; il a chargé M. Aubry Lecomte de les classer. Ce savant botaniste tient à remplir dignement sa mission; il a pensé qu'il serait intéressant pour la science de con-

naître la composition chimique des substances qui n'ont pas encore été étudiées; il a bien voulu nous confier l'analyse de quelques-unes d'elles.

Les feuilles du baobab jouent un rôle si important au Sénégal dans l'alimentation et comme médicament, que nous avons cru devoir commencer par elles.

Le baobab est parmi les végétaux ce que sont l'éléphant et la baleine parmi les animaux, des monstres par leur grosseur. Cet arbre, au Sénégal, porte le nom de *goui*, et son fruit *boui*, ou *pain de singe*.

Ce fruit, par sa structure intérieure, présente une grande analogie avec celui des cucurbitacées; les Français, dans un temps, lui donnaient le nom de *calebasse*.

C'est le célèbre botaniste-voyageur Adanson qui, le premier, fit connaître et décrivit le baobab; il en a vu qui avaient plus de 25 mètres de circonférence; il leur attribuait une existence de cinq à six mille ans.

Le baobab appartient à la monodelphie, polyandrie de Linné, à la famille des malvacées de Jussieu et aux bombacées de Kunst.

Les botanistes lui ont donné le nom latin d'*Adansonia digitata;* son histoire est tellement connue, que nous ne croyons pas devoir en faire la description; nous dirons seulement que les feuilles de cet arbre ne se développent qu'à la partie supérieure des jeunes rameaux, qui sont un peu tomenteux; elles sont éparses, pétiolées, digitées, composées de cinq ou sept, plus rarement de trois folioles obovales très-obtuses, rétrécies vers la base, marquées de quelques dentelures irrégulières vers leur partie supérieure, et longues d'environ 8 à 10 centimètres; le pétiole est long de 5 à 6 centimètres, cuniculé et accompagné, à sa base, de deux petites stipules triangulaires, qui tombent presque en même temps que les feuilles se développent; enfin, elles ressemblent beaucoup aux feuilles du marronnier d'Inde. Elles jouissent, comme presque toutes les parties des plantes de la famille des malvacées, de propriétés émollientes, principalement dans la dysenterie et les différentes fièvres inflammatoires; on en fait des infusions aqueuses, un sirop; ces feuilles, séchées avec soin et réduites en poudre, constituent le *lalo* des nègres, qu'ils mêlent, comme condiment, à leurs aliments. Adanson les prescrivait souvent lorsqu'il voulait combattre la fièvre intermittente, et il en obtenait de très-bons résultats. Ce succès engagea, il y a quelques années, le docteur Duchassaing à essayer l'écorce de cet arbre dans le même cas; il reconnut qu'elle jouit de propriétés fébrifuges bien supérieures aux feuilles; depuis cette

époque, cette substance a pris rang, à la Guadeloupe, dans la matière médicale.

Nous donnons à l'alcaloïde que nous venons d'isoler des feuilles du baobab le nom d'*adansonine*, voulant respecter l'hommage que firent les botanistes en latinisant le nom d'Adanson pour l'adjoindre à celui de baobab. Cet alcaloïde est blanc lorsqu'il est pur, soluble dans l'alcool rectifié ; dissous dans de l'eau aiguisée d'un acide minéral, il forme des sels qui cristallisent en aiguilles ; leur saveur est d'une amertume qui se prolonge longtemps dans la bouche. Le défaut de matière ne nous a pas permis de déterminer leurs équivalents ; on l'obtient de la manière suivante :

Pr.	Feuilles de baobab réduites en poudre...	200 grammes.
	Eau distillée........................	150 —
	Sous-carbonate de soude en poudre......	10 —

Mêlez, laissez en contact pendant quarante-huit heures, placez ce mélange dans un vase à large ouverture, chauffez au bain-marie, en agitant continuellement pour en chasser l'eau ; complétez la dessiccation dans une étuve, divisez la poudre dans un mortier de porcelaine, mettez-la dans un flacon avec le double de son poids d'éther sulfurique, agitez de temps en temps pendant huit jours, filtrez.

La colature est fortement colorée en vert foncé ; on la distille au bain-marie pour retirer les trois quarts de l'éther employé. On transvase dans un flacon le quart du liquide restant, on ajoute 50 grammes d'eau distillée, acidulée avec de l'acide muriatique pur, on agite ce mélange quatre à cinq fois le jour pendant quelques jours, on le chauffe au bain-marie jusqu'à ce que tout l'éther soit évaporé.

On laisse refroidir, on verse ce liquide sur un filtre ; le liquide qui en résulte est clair, limpide, d'une couleur légèrement ombrée, d'une odeur aromatique, d'une saveur amère faible, mais si persistante, qu'on la ressent longtemps dans la bouche.

Pour isoler l'alcaloïde du liquide, on verse dedans goutte à goutte, en agitant toujours, de l'ammoniaque en suffisante quantité pour qu'en plongeant dedans un papier de tournesol, il en sorte sans que la couleur en ait été altérée.

Après un jour de repos, il se forme au fond du vase un dépôt blanc jaunâtre ; on décante le liquide, ou on le filtre ; après ce, on laisse sécher ; la poudre impalpable qui reste sur le papier est l'alcaloïde.

Les feuilles de l'*adansonia digitata*, traitées par l'eau distillée, ont fourni une matière extractive brune, d'une odeur aromatique, d'une saveur légèrement amère.

Il résulte des divers essais auxquels nous avons soumis cette substance qu'elle est composée d'un alcaloïde, matière extractive, chlorophylle, principe aromatique (non isolé), tannin (des traces), cire, ligneux.

La cire des feuilles du baobab a la consistance de l'axonge du porc ; d'une odeur aromatique, d'une saveur amère, elle est fortement colorée en vert par de la chlorophylle ; elle est insoluble dans l'eau, dans l'alcool rectifié, et elle est soluble dans les huiles fixes et volatiles, les éthers et le sulfure de carbone ; les alcalis la saponifient ; mise en contact avec les acides minéraux, elle se durcit, en leur abandonnant de la chlorophylle ; elle brûle en produisant une lumière très-vive, et répandant une odeur aromatique.

De ce qui précède, nous sommes porté à croire que l'action fébrifuge qu'Adanson a signalée dans les feuilles du baobab et que Duchassaing a constatée dans l'écorce de cet arbre est due à l'alcaloïde dont nous donnons la description.

Les feuilles du baobab pourraient devenir un succédané du quinquina ; mais, il faut le dire à regret, l'alcaloïde s'y trouve en si minime quantité, que cet antipériodique deviendrait un médicament extrêmement cher, à moins qu'on ne le trouvât dans l'écorce en plus grande quantité.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Delirium tremens. Insuccès de l'opium. Guérison par la narcéine.

Monsieur le Rédacteur,

Depuis quelque temps déjà, mettant à profit les travaux de MM. Cl. Bernard, Debout, Béhier, Laborde, sur la narcéine, j'ai eu l'occasion de constater les bons effets attribués à cet alcaloïde. Les faits, peu nombreux encore, que j'ai réunis sur ce sujet concernent des affections déjà traitées victorieusement par d'autres agents ; néanmoins, le suivant pourra intéresser les lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique*.

Le 11 février dernier, le sieur B***, épicier, âgé de quarante-six ans, d'une constitution robuste, et adonné, par nécessité d'état,

dit-il, à l'usage peu modéré de l'eau-de-vie, fut pris presque subitement d'inquiétude, d'agitation, d'hallucination, d'incohérence dans les idées, et s'échappa de sa maison pour courir au feu, disait-il. Dans sa course furieuse, une chute l'arrêta et il fut ramené chez lui un peu étourdi. Un médecin, aussitôt appelé, prescrivit, le jour, une purgation; les jours suivants, 0gr,05 d'extrait d'opium matin et soir, de la tisane de valériane et des potages. Malgré cette judicieuse médication, l'état de cet homme ne fit qu'empirer, et dans son délire, B*** devint dangereux pour ceux qui l'approchaient.

Appelé le 14, vers midi, à examiner le malade, voici l'état dans lequel je le trouvai : Debout, les bras croisés, la tête un peu renversée en arrière, le visage pâle, le regard égaré, les pupilles contractées, le pouls fréquent, la peau chaude, halitueuse; B*** répond d'une façon presque raisonnable à mes interpellations; il prétend me convaincre de la réalité de ses visions. Sa voix est saccadée, hésitante; sa contenance inquiète; à tout instant il jette autour de lui un regard craintif; ses lèvres seules présentent un léger frémissement. Tout à coup il aperçoit dans un angle de la chambre un foyer incandescent, se jette sur la tapisserie tendue sur toile, la déchire; puis, tantôt par la fenêtre, tantôt par la porte, il cherche à se précipiter pour aller chercher des secours. Je lui conseille de souffler sur ce feu; il obéit et on lui assure qu'il a éteint cet incendie imaginaire; alors il se calme. Puis, c'est une souris qu'il voit courir; son lit se transforme en une nappe d'eau qui menace de l'engloutir; enfin, il se préoccupe de son commerce, veut descendre à son magasin et demande son livre de comptes. On lui apporte un vieux registre; il reconnaît la tromperie, jure et s'emporte.

Voici, d'après la femme B***, ce qui aurait troublé la raison de son mari : Trois jours avant l'explosion de ces symptômes, le sieur B*** revenait de la campagne à la chute du jour. Il prit pour raccourcir la route un sentier battu à travers champs, et, trompé par la nuit qui était venue (plutôt par l'ivresse ou le début des accidents), tomba trois fois de suite à l'eau. A peine était-il de retour à Vire que le feu prit dans une importante usine de la ville et en trois heures la consuma. La commotion que ressentit B*** de ces événements a pu seule, dit-elle, déranger à ce point sa raison; pourtant elle ne nie pas l'usage fréquent des spiritueux.

Je prescrivis : narcéine 0gr,015 toutes les deux heures, de jour et de nuit.

L'agitation, le délire, les hallucinations, l'emportement, les imprécations s'accrurent encore le reste de la journée; deux hommes

vigoureux avaient peine à maintenir B*** et à l'empêcher de se précipiter par la fenêtre. Je le vis le soir avec M. le docteur Lepetit, son médecin habituel. Mon confrère réussit, par le raisonnement et la menace de la police, à le faire se déshabiller et mettre au lit ; mais nous le quittions à peine que le tumulte recommençait. La nuit ne fut pas plus calme; sa chambre semblait à B*** une fournaise, son lit un large fleuve, et le feu et l'eau, ces éléments ennemis, faisaient bon ménage dans son cerveau malade. Vers le matin pourtant, le malade commença à s'assoupir, et de six heures du matin jusqu'à onze heures il jouit d'un sommeil paisible, qui, après trois heures d'un calme parfait, revint pour cesser à six heures du soir. 0gr,15 de narcéine avaient été pris.

A sept heures, nous revîmes le malade guéri; une altération légère du visage, un enrouement, un souvenir vague de ses visions délirantes, un moment de croyance à leur réalité, voilà ce qui reste à B*** des cinq journées de fatigues excessives qu'il vient de passer. L'appétit, qui n'a jamais fait défaut complétement, se montre exigeant. La médication est continuée pour cette nuit seulement.

Le lendemain, B*** nous dit avoir passé une nuit excellente, et, depuis, rien n'est venu troubler le succès obtenu.

Ce serait peut-être trop d'enthousiasme que de faire uniquement honneur de cet heureux résultat à la narcéine. La médication expectante a obtenu quelquefois semblables réussites dues au sommeil prolongé qu'amenait une extrême fatigue. Toutefois, il est bon de remarquer que le malade avait pris 0gr,25 d'opium, sans autre effet qu'une agitation plus grande, et que, dès le lendemain matin, après l'administration de 0gr,15 de narcéine, un sommeil suivi de guérison définitive est survenu : quelle heureuse coïncidence ! Je n'ose pas dire que l'opium a fait son temps, ce serait noire ingratitude ! Mais il n'est pas moins reconnu aujourd'hui, comme vérité presque vulgaire, qu'il entre dans sa constitution des substances douées de propriétés, je ne dirai pas différentes, mais opposées.

Dans le petit nombre de cas où j'ai employé la narcéine, cet alcaloïde m'a paru mériter les éloges que lui ont décernés les premiers expérimentateurs : pas de sécheresse à la gorge, pas de nausées, pas de pesanteur à la tête, sommeil paisible ; une fois seulement j'ai observé le ténesme vésical décrit par Debout; il dura vingt-quatre heures, malgré la continuation, à doses croissantes, du médicament. Enfin, il résulte de mes expériences que la narcéine doit être prescrite à doses doubles de celles en usage pour la morphine. Une fois même j'ai donné d'emblée, avec succès complet, 0gr,05 de

narcéine à une personne que 0gr,05 d'extrait d'opium incommodaient péniblement.

Veuillez agréer, etc. L. DE LUCÉ (de Vire).

BIBLIOGRAPHIE.

De la Phthisie pulmonaire; étude anatomo-pathologique et clinique, par M. HÉRARD, médecin de l'hôpital Lariboisière, agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris, vice-président de la Société médicale des hôpitaux, etc., et M. V. CORNIL, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, lauréat de l'Académie de médecine, etc.; avec 27 figures intercalées dans le texte, et 3 planches tirées en chromolithographie.

Ce livre intéressant est, dans sa partie dogmatique, un pur écho de l'école histologique, telle qu'elle est en train de se constituer d'après les enseignements du microscope. Nous avons eu plus d'une fois occasion ici même d'exprimer les espérances que nous fondons sur les données fournies par cet ordre d'études, pour la constitution définitive de la science de la vie morbide, et le livre de nos honorables et savants confrères ne peut que nous confirmer dans nos espérances. Mais si la lecture attentive de l'ouvrage de MM. Hérard et Cornil nous a laissé cette heureuse impression, il nous a laissé également notre inébranlable conviction que, si loin qu'on aille dans l'analyse du *substratum* de la vie normale ou pathologique, on est forcé de s'arrêter, en face de la dernière poussière vivante, comme en face de l'appareil le plus complexe à fonction nettement définie, devant le problème de l'activité de la matière, toutes les fois que cette activité se manifeste sous une des formes si profondément variées de la vie. Cette difficulté, qui surgit de partout en biologie et que l'anatomie microscopique aussi bien que l'anatomie du scalpel laisse subsister dans toute son obscurité, nous allons voir nos savants auteurs s'y aheurter, dès leurs premiers pas, dans l'analyse succincte que nous allons présenter de leur importante publication.

Dans la pensée de MM. Hérard et Cornil, pensée, nous nous hâtons de le dire, qui n'est pas une simple intuition de l'esprit, mais qui s'appuie sur une laborieuse et sagace observation; dans la pensée de MM. Hérard et Cornil, disons-nous, l'élément essentiel, le caractère spécifique, au point de vue anatomique, de la tuberculose, est la granulation semi-transparente que beaucoup

d'auteurs ont parfaitement saisie avant l'application méthodique du microscope à l'étude de cette lésion, mais dont ils n'ont pas tardé à dénaturer la notion en la confondant, dans une évolution imaginaire, avec les produits d'états morbides divers auxquels elle a seulement servi de point de départ. Cette origine anatomique, si nous pouvons le dire, ainsi posée, d'où vient cette granulation? comment s'est-elle produite au sein du tissu vivant? Ici les auteurs les plus versés dans les investigations microscopiques se partagent en deux camps, et MM. Hérard et Cornil reproduisent avec une parfaite clarté les dissidences auxquelles nous venons de faire allusion. « Nous voici arrivés, disent-ils quelque part, à l'un des points les plus essentiels de l'histoire histologique du tubercule, nous voulons parler de son mode de formation. Que se passe-t-il lorsque apparaît le rudiment d'une granulation? Les éléments qui la constituent se forment-ils de toutes pièces au milieu d'un liquide (blastème) venu du plasma sanguin? Sont-ils formés, au contraire, aux dépens des éléments préexistants du tissu ancien qui donnent naissance au produit nouveau par une activité formatrice exagérée (prolification)? Telle est la question pendante, diversement résolue par les auteurs, et qui domine, à l'heure qu'il est, l'histoire des altérations morbides. » Nous n'entrerons point ici dans le détail de cette question; nous n'en dirons que ceci, c'est à savoir que, quelle que soit la source du néoplasme pathologique, élaboration morbide endogène de la cellule, ou germination au sein du produit du plasma sanguin, il y a là un acte spécifique qui implique une force autre que les forces communes, et qui est forcément la vie. La vie est tellement impliquée dans ces phénomènes, que la tuberculose, essentiellement héréditaire, est en puissance dans les premiers linéaments de l'organisation, et que bien souvent, hélas ! aucune modification dans le milieu interne ou externe ne sera capable d'en entraver la fatale évolution. Il est si difficile de concevoir d'une manière complète l'évolution morbide en général, et cette évolution topique en particulier en dehors de cette notion, que M. Virchow, qui ne pèche pas par une excessive complaisance en faveur d'une force vitale, aboutit logiquement à la conception théorique de cette force, et l'invoque très-explicitement pour rendre compte de l'invasion de la tuberculose au sein de l'organisme.

Cette réserve faite sur la manière de comprendre la formation du *primum punctum saliens*, si nous pouvons ainsi dire, de la tuberculose, suivons nos savants auteurs dans la partie la plus originale de leur travail, et essayons d'eu bien marquer l'essentiel esprit.

Admettons, avec l'auteur de la Pathologie cellulaire, que le *tubercule est une production pauvre, une néoplasie misérable à son début*, il n'a qu'une vie précaire, comparativement à d'autres tumeurs, les tumeurs épithéliales, par exemple, et devient rapidement caséeux, inerte, et meurt en quelque sorte bientôt sur place. Malheureusement, la diathèse qui commande la néoplasie tuberculeuse, le milieu vivant au sein duquel il se développe, en appelle des poussées indéfinies, et ce travail incessant de germination successive fait perdre à l'organisme le bénéfice de cette éphémère vitalité. Ainsi déposés au sein des tissus, et dans des points d'élection qu'on s'est appliqué à bien déterminer, les tubercules, plus ou moins agglomérés et disséminés par îlots plus ou moins nombreux dans les organes qu'ils frappent, deviennent un corps étranger, une épine qui appelle autour d'eux, et dans une zone plus ou moins étendue, des congestions, des noyaux de pneumonie caséeuse, qui ne se résolvent pas ou ne se résolveront qu'incomplétement, en entraînant toutes les conséquences d'un tel travail morbide. MM. Hérard et Cornil combattent à cet égard, comme essentiellement erronés, tous les travaux où l'anatomie pathologique du tubercule est présentée comme l'effet de la lente et progressive évolution du néoplasme, et n'hésitent pas à se rallier à la conception de Broussais, qui considérait la phthisie pulmonaire comme une pneumonie chronique. Seulement, nos sagaces auteurs se gardent bien de voir là, comme le célèbre médecin du Val-de-Grâce, une phlogose spéciale des lymphatiques; pour eux, que la pneumonie développée sous l'empire de l'épine tuberculeuse soit lobaire, ou lobulaire, la forme dite caséeuse lui est en quelque sorte inhérente, et ce sont ses produits surtout et leurs effets que nous montre l'anatomie pathologique dans les altérations profondes de la colliquation tuberculeuse locale. C'est dans cette façon de considérer les choses que consiste surtout, si nous ne nous abusons, la plus grande originalité du travail que nous avons en ce moment sous les yeux : non que les auteurs prétendent que cette conception leur appartienne, ils en rapportent surtout l'honneur aux médecins allemands et à M. Robin; mais pour nous, qui ne sommes pas tenu à tant de modestie, nous n'hésitons pas à déclarer ici, qu'à féconder les recherches des autres par de si profondes et de si laborieuses investigations qui les précisent et les étendent, on a droit à une part dans la gloire de la découverte, et les noms de MM. Hérard et Cornil se liront dans cette page de l'histoire de la science à côté de ceux que nous venons de rappeler. Voici, du reste, résumés par

les auteurs eux-mêmes, les points essentiels mis en évidence dans leur importante monographie. « Après avoir parcouru, disent-ils, les pages nombreuses consacrées à cette partie importante de notre travail, nous pensons que le lecteur ne conservera aucun doute sur ce qu'on doit désormais entendre sous le nom de tubercule. Soyons reconnaissants envers le microscope, qui a montré une fois de plus quels immenses services il peut rendre à la science, lorsqu'on ne sépare pas les résultats qu'il donne de ceux que fournit l'étude clinique. C'est le microscope qui a permis d'établir sur des bases que nous croyons inébranlables ce grand fait anatomique, à savoir, que les masses jaunâtres, caséeuses, considérées par Laennec et son école comme tuberculeuses et hétéromorphes, ne sont rien autre chose que des pneumonies lobulaires ou lobaires, dans lesquelles les produits exsudés ont subi la dégénération granulo-graisseuse; qu'il n'y a de tubercule que la granulation miliaire semi-transparente ou opaque, lésion primordiale, spécifique et vraiment caractéristique de la diathèse. »

Il ne nous reste plus, pour appeler l'attention du public médical sur un travail où des ombres subsistent assurément, mais où la lumière est faite pleine, éclatante, sur un certain nombre de points, qu'à indiquer d'une manière sommaire les parties qui complètent celle que nous venons d'examiner, et qui font du livre que nous analysons en ce moment une véritable monographie de la phthisie pulmonaire.

Fidèles jusqu'au scrupule peut-être aux données fournies par l'anatomie pathologique, lorsqu'il s'agit d'étudier cliniquement cette maladie, MM. Hérard et Cornil tracent successivement la symptomatologie de la phthisie granuleuse généralisée, avec ou sans lésions inflammatoires consécutives, de la phthisie granuleuse partielle dans les mêmes conditions (phthisie chronique), de la phthisie à marche envahissante et à évolution rapide (phthisie galopante); enfin, de la phthisie caséeuse généralisée lobaire. Cette étude, où les détails les plus précis abondent, terminée, MM. Hérard et Cornil la résument en comparant entre elles les diverses formes de la phthisie pulmonaire, et font ressortir la caractéristique de chacune de celles-ci en mettant surtout en lumière les traits propres à chacune d'elles.

Vient ensuite l'étiologie, où est traitée la question de la contagion de la tuberculose telle que l'a posée naguère M. Villemin, et que les auteurs, un peu prématurément peut-être, inclinent à résoudre d'une manière affirmative. C'est dans ce chapitre également que

MM. Hérard et Cornil touchent, en passant, à la question de la métamorphose de l'arthritisme et de l'herpétisme en tuberculose; ici, nos auteurs se montrent beaucoup plus réservés encore, et nous pensons qu'on doit les en féliciter. Enfin, l'ouvrage est terminé par un résumé succinct de la phthisiothérapie, si l'on veut bien nous permettre ce néologisme pour traduire la luxueuse et tout à la fois l'indigente thérapeutique d'un des plus grands fléaux qui affligent l'espèce humaine. Cette partie de l'ouvrage de MM. Hérard et Cornil est traitée sans illusion, comme sans vaine complaisance envers la conception doctrinale qu'ils ont développée dans leur livre. Convaincus que c'est moins la lésion originale de la tuberculose, en exceptant quelques cas, qui tue, que les lésions consécutives dont nous nous sommes, au commencement de cette notice, assez longuement entretenu, ils insistent principalement sur l'indication à laquelle répondent la médication contro-stimulante et la méthode révulsive, et se rallient ainsi aux idées de MM. les professeurs Monneret et Fonssagrives, mais ils n'en usent qu'avec la réserve que commande nécessairement une dyscrasie au fond de laquelle il est impossible de ne pas voir une radicale faiblesse. Les autres indications ressortissent à la science commune : il est inutile d'y insister.

Nous nous sommes appliqué, dans les pages qui précèdent, à mettre surtout en lumière ce qui, dans cet important travail, sort de l'ornière commune; est-ce dire que là, partout, il n'y ait aucune erreur à relever, aucune revendication légitime à faire en faveur de données un peu sévèrement jugées? Non, certainement; mais l'espace nous eût manqué pour nous engager, avec quelques chances de l'éclairer, dans une telle discussion. Nous avons préféré nous en abstenir et marquer, en nous effaçant, d'un trait suffisamment caractéristique, l'originalité d'un travail que tout médecin impatient de l'ornière lira, nous en sommes persuadé, avec un intérêt soutenu, et non sans profit pour la sûreté de la pratique de l'art.

De la statistique du service d'accouchements de l'hôpital de la Pitié et des mesures hygiéniques instituées dans cet hôpital contre la fièvre puerpérale, **par le docteur Empis, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Pitié, etc. (1).**

En rendant compte, il y a quelque temps, de la remarquable

(1) Paris, Asselin, place de l'Ecole-de-Médecine.

étude de M. Lefort sur les maternités, nous avons exposé comment l'effroyable mortalité qui sévit sur les femmes en couches dans ces établissements ne pouvait s'expliquer que par la contagion de la fièvre puerpérale, et nous terminions en disant que la preuve péremptoire devait se trouver dans les bons résultats fournis par les mesures prophylactiques prises contre la contagion. Cette preuve, nous l'avons dans un travail récent de M. Empis, chargé du service des accouchements à l'hôpital de la Pitié.

Nommé à l'hôpital de la Pitié, le 1er janvier 1863, M. Empis n'avait pas d'idées arrêtées sur la nature et l'étiologie de la fièvre puerpérale; aussi ne prit-il tout d'abord aucune mesure spéciale dans le but d'empêcher sa propagation et de prémunir les femmes saines contre la contagion; mais, dès son début, une terrible épidémie lui enleva dix-huit femmes sur cent cinquante-quatre accouchées, soit une mortalité de 11 6/10 pour 100; et bien que ce chiffre fût tout à fait exceptionnel, la statistique des années précédentes, de 1858 à 1862, lui apprit que la mortalité avait été de 7 pour 100, répartie pour chaque année d'une façon inégale, suivant l'intensité des épidémies. « Dès lors, dit M. Empis, comme l'hypothèse que cette maladie pût être à la fois infectieuse et contagieuse ne pouvait être tout au plus que stérile, mais qu'elle ne pouvait conduire à aucun danger, je me décidai à appliquer rigoureusement toutes les mesures prophylactiques découlant de cette opinion, et qui me paraîtraient de nature à prévenir le développement de l'affection et à empêcher son endémicité. » Les résultats ne se firent pas attendre, et en additionnant les accouchements depuis le 1er mai 1863 jusqu'au 1er décembre 1866, il n'y eut, pour un total de 2,117 accouchements, que 43 décès, soit une mortalité brute de 2 pour 100, et de 1 1/10 pour 100 si l'on retire 24 de ces décès causés par des maladies autres que la fièvre puerpérale.

Voici quelles furent les mesures instituées par M. Empis; elles sont des plus simples et peuvent facilement être exécutées dans tous les services.

D'abord, ventilation de la salle par l'aération directe au moyen de fenêtres largement ouvertes. A la Pitié, elle a constamment été pratiquée de la manière suivante :

Dès le matin, on ouvre largement toutes les fenêtres une première fois, pendant qu'on s'occupe à relever les rideaux et à préparer les brancards pour faire le lit des accouchées; puis, au bout d'une demi-heure environ que durent ces préparatifs, et alors que l'air a été presque complétement renouvelé une première fois, on

referme toutes les fenêtres et l'on s'occupe de la toilette des femmes en couches, de leur changement de linge, de leur lit, etc. Sitôt ce travail terminé, on ouvre largement une seconde fois la totalité des fenêtres de la salle et on la nettoie.

Pendant tout le reste de la journée et de la nuit, deux, trois ou quatre fenêtres sont simultanément ouvertes, de manière que l'air extérieur circule incessamment dans toute la salle.

Mais, dira-t-on, n'est-il pas imprudent d'exposer ainsi des accouchées au contact de l'air? Nullement; pendant quatre années il n'est survenu aucune phlegmasie qu'on pût attribuer à un refroidissement.

Dès qu'une fièvre puerpérale se déclarait dans le service d'accouchements, la malade était aussitôt transportée dans le service des maladies aiguës, où la contagion ne trouvait plus de prises, et la literie était complétement renouvelée.

Enfin, et c'est là une recommandation très-importante, M. Empis s'est appliqué à modifier l'hygiène des femmes en couches, si mal comprise même dans la pratique civile. Dans le but de prévenir les exhalaisons qui proviennent des sueurs des femmes en couches et de l'écoulement des lochies, sources de miasmes infectieux, les plus grands soins de propreté furent prescrits. Toute femme, à son entrée, prenait un bain savonneux, puis le linge des femmes en couches était renouvelé au moins tous les jours, plus souvent si l'accouchée avait des sueurs; en outre, changement de serviettes et lavages répétés pour éviter l'odeur de l'écoulement lochial. A ce sujet, nous nous permettrons de recommander l'emploi des hyposulfites alcalins, dont nous avons déjà parlé dans le *Bulletin de Thérapeutique*. Il suffit d'imprégner les linges qui garnissent les malades d'une solution d'hyposulfite de soude pour détruire toute odeur.

Nous n'insisterons pas sur divers points que traite incidemment M. Empis, tels que l'isolement des femmes atteintes de fièvre puerpérale; mais, nous l'avons déjà dit et nous le répétons, ce qui nous a frappé dans la pratique si heureuse du médecin de la Pitié, c'est la simplicité, la facilité de son exécution. Il n'est pas un hôpital de Paris ou de province où elle ne puisse être imitée. Nous ne saurions donc trop féliciter M. Empis de son initiative et engager ceux de nos confrères qui se trouvent dans les mêmes conditions à suivre sa méthode. Nous leur souhaitons les mêmes succès.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Du traitement de la pneumonie des enfants a l'hopital des Enfants d'Édimbourg, par le docteur Stephenson Smith. — Le but de cette note est de faire connaître le traitement adopté par les médecins de cet hôpital.

Dans tous les cas de la pneumonie aiguë, l'intensité de la fièvre, la force du malade estimée surtout par l'état du pouls et l'étendue de la lésion, sont d'abord prises en sérieuse considération avant d'instituer aucun traitement. Si la maladie est à son début, si la fièvre est forte et si le pouls est bon, de petites doses de vin d'antimoine et d'ipéca avec une solution d'acétate d'ammoniaque sont prescrites : 5 gouttes de chaque vin toutes les trois heures si l'enfant est jeune, plus s'il est âgé. Quelquefois on y ajoute de petites doses d'acide nitrique dilué et de teinture de digitale. Chez la plupart des enfants qui entrent à l'hôpital, il n'y a aucun traitement actif à employer, car les petits malades sont dans un état de prostration qui indique l'emploi des stimulants. Alors on leur donne un mélange de liqueur ammoniacale aromatisée et d'esprit de nitre, une cuillerée à dessert de vin toutes les trois heures, du lait et du thé de bœuf. En général, on permet aux enfants la nourriture qu'ils préfèrent. Chez les enfants, il est rare que la toux soit fréquente, mais si les quintes sont pénibles et répétées, on les calme facilement avec quelques grains d'*hydrargyr. c. creta* ou de poudre de Dower.

Tant que persistent les symptômes aigus, des fomentations d'eau chaude sont constamment maintenues et appliquées sur la poitrine, ce qui soulage beaucoup les enfants, surtout s'il y a de la dyspnée. Voici la meilleure manière de faire ces fomentations : Une bande de flanelle de largeur et de longueur suffisantes pour entourer la poitrine est appliquée imbibée d'eau chaude, et on la recouvre d'une bande imperméable assez large pour recouvrir complétement la flanelle.

De cette façon, la flanelle reste humide et chaude pendant longtemps, et la poitrine se trouve enveloppée d'une chaleur humide.

Telle est la règle de traitement pour la période aiguë. Depuis six ans que l'hôpital est ouvert, pas une goutte de sang n'a été extraite à uu malade atteint de pneumonie.

Dans une période plus avancée de la maladie, des frictions avec un liniment à l'huile de croton ou avec la teinture d'iode ont paru utiles pour aider à la résorption des produits enflammés.

Durant la convalescence, on prescrivait généralement, comme toniques, du fer et de l'huile de foie de morue.

Ainsi donc, le traitement a surtout pour but de restaurer l'enfant; non-seulement on s'abstient de tous les remèdes qui pourraient déprimer ses forces, mais encore on le nourrit et on lui donne du vin.

Bien qu'on évite avec soin toute médication active, cette méthode de traitement est bien différente de l'expectation pure et franche recommandée par les médecins qui croient que l'inflammation des poumons guérit naturellement chez les enfants; car, s'il est reconnu que presque toutes les affections aiguës de l'enfance ont une marche naturelle vers la guérison, ce n'est pas une raison pour que le médecin reste les bras croisés et ne vienne pas en aide aux efforts de la nature.

Aucune saignée n'a été faite, et M. le docteur West, dans la dernière édition de son *Traité des maladies des enfants,* revenant sur ce qu'il avait conseillé dans les premières éditions, avoue franchement que la saignée n'est que rarement indiquée dans la pneumonie et la bronchite.

Quelles que soient les influences qui ont amené ce changement dans le traitement des maladies inflammatoires, soit que le type de la maladie ait changé ou que la constitution des malades se soit modifiée, il est certain qu'il y a une grande différence entre le traitement actuel de la pneumonie et celui qui était usité, il y a quelques années; et je suis heureux de voir que la méthode suivie à l'hôpital des Enfants d'Édimbourg a suffi dans la plus grande majorité des cas de pneumonie franche pour amener une terminaison favorable.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

De la provocation de l'accouchement prématuré par la laminaria digitata. En raison de son pouvoir dilatant, cette plante marine, récemment introduite dans la chirurgie, paraît devoir occuper une place distinguée en obstétrique. Plus dilatable que l'éponge préparée et la racine de gentiane, puisqu'elle triple et quadruple de volume, elle offre une résistance douce, moyenne, et une dilatation lente, gra-

duelle, progressive et régulière, qui la rendent bien supérieure à ces deux corps; de même que, par sa facilité, sa simplicité d'application, elle est préférable à tous les dilatateurs mécaniques. Employée l'année dernière à la clinique d'accouchements de Gand, pour dilater le col utérin, elle réussit à merveille, et il en fut de même dans deux accouchements prématurés que sur cette première indication elle servit à provoquer, ainsi qu'il résulte du rapport de M. Hubert fait à l'Académie de médecine de Belgique.

Il s'agit, dans le premier cas, d'une bipare ne présentant que 7 centimètres 25 millimètres de diamètre sacro-pubien, et dont le premier enfant avait dû être sacrifié après trois jours et demi de douleurs en faisant courir les plus graves dangers à la mère. De concert avec M. de Neffe, M. Van Wetter provoqua. l'accouchement au huitième mois, en introduisant dans l'orifice externe du col, mis à nu avec le spéculum, deux morceaux de *laminaria digitata* des numéros 1 et 2 de la série. L'orifice interne, fermé, ne pouvant être franchi, des éponges introduites dans le vagin maintinrent en place ces deux tubes. Mise au lit aussitôt, la femme n'avait rien éprouvé après vingt-quatre heures, et pourtant ces tubes retirés avaient notablement augmenté de volume, et dilaté beaucoup l'orifice externe. Après des injections de propreté, ils furent remis en place avec addition d'un troisième tube, le plus volumineux de la série, et assujetti comme la veille. Des douleurs de reins se déclarèrent dans la nuit, avec coliques et malaise dans le vagin. Une odeur fétide s'exhala le lendemain, et l'orifice interne pouvait admettre le doigt. Le travail alla croissant, graduellement, sous l'influence du même moyen, et, le quatrième jour, l'accouchement se fit naturellement par les pieds. L'enfant était vivant: malheureusement, une anse de cordon se trouvait entre les jambes, et, malgré la rapidité de l'extraction, l'interruption de la circulation fut telle que, après quelques inspirations, le cœur cessa de battre.

Ce premier succès est confirmé par le rapporteur même, qui, ayant appliqué la *laminaria* suivant les règles précédentes, obtint le même résultat. C'était chez une rachitique, dont les trois premiers enfants avaient dû être extraits par le forceps et le quatrième crâniotomisé. Les applications furent renouvelées de vingt-quatre heures en vingt-quatre heures; mais. dès la première, il s'écoula du liquide provenant manifestement d'une rupture des membranes. Les douleurs se déclarèrent dès le second jour et, en augmentant graduellement, déterminèrent, le cinquième, l'expulsion d'un fœtus mort, putride, avec issue de gaz fétides de l'utérus, et dont l'épiderme du ventre et du scrotum s'enlevait par le frottement. Or, cet enfant étant vivant lors de la première application du *laminaria*, M. Hubert se demande comment cet étrange résultat s'est produit, et paraît disposé à en accuser l'entrée de l'air dans la matrice lors du changement des bâtonnets opéré par un autre confrère. Sans pouvoir résoudre la question, celle-ci mérite de fixer l'attention. Il s'agit d'éviter la rupture des membranes et de n'introduire à cet effet que des tubes de 3 centimètres, en en augmentant graduellement le calibre, et à les raccourcir à mesure que le col s'efface. Il est d'ailleurs prudent de ne pas les renouveler, une fois les membranes rompues, pour éviter plus sûrement cet accident. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique.*)

Obstruction intestinale guérie par l'électricité. Il s'agit, dans ce fait, d'une femme de soixante-trois ans, qui est prise de coliques avec rétention des matières fécales. Divers purgatifs, des lavements sont donnés inutilement; alors surviennent des vomissements, et le ventre présente un ballonnement considérable, bien qu'il n'existe aucun endroit circonscrit douloureux à la pression. Le docteur Keyhel eut alors recours à noix vomique. Vu l'âge avancé de la malade, la lenteur de ses mouvements, l'état de torpeur générale, l'absence de douleur ou de tumeur circonscrite, il était porté à admettre l'existence d'une paralysie intestinale symptomatique d'un état nerveux.

Deux grains de noix vomique furent administrés dans les vingt-quatre heures; en même temps application de glace sur le ventre et lavements froids administrés avec la sonde œsophagienne. L'introduction de la sonde par le rectum se faisait sans aucune difficulté jusqu'à la réunion du colon descendant avec le colon transverse, et le mal n'en restait pas moins rebelle. Le ballonnement du ventre augmentait; aux vomissements aqueux et bilieux succédaient des vomisse-

ments stercoraux. La malade s'épuisait; ses traits altérés, la lenteur et l'irrégularité du pouls, tout faisait pressentir une fin prochaine. Une consultation ayant été proposée et acceptée, il fut résolu de tenter l'application de l'électricité, ce qui fut immédiatement pratiqué avec l'appareil portatif de Gaiffe. Un excitateur olivaire fut introduit dans le rectum; l'autre, sous forme d'éponge humide, fut placé sur le ventre. L'électrisation se fit pendant dix minutes; elle suscita dans tout l'abdomen une sensation de chaleur et de douleur qui persista longtemps encore après l'interruption du courant. Une seconde application de l'électricité fut faite le soir à neuf heures. La malade se sentit soulagée; pendant toute la nuit, elle n'eut plus de vomissements, et, le mardi matin, elle eut une première selle peu copieuse et d'une consistance molle. On insista sur le même traitement: le soir, une seconde selle eut lieu; elle fut suivie de près d'une troisième. Le cours des matières fécales une fois rétabli, tous les symptômes disparurent, et au bout de quelques jours la femme vaquait aux occupations de son ménage. (*Annales de la Société de médecine de Gand.*)

Traitement des névroses saturnines par une nouvelle méthode (froid *intus et extra*). M. le professeur Monneret, de même que les autres médecins, traitait les accidents saturnins par les évacuants, quand, il y a huit à neuf mois, comme il le dit lui-même dans une récente leçon clinique, il eut l'idée de leur appliquer un traitement rationnel. Considérant les symptômes principaux comme des névroses de la sensibilité et de la motilité, il se demanda si, au lieu de modifier les sécrétions intestinales, la sensibilité intestinale par les évacuants, on ne pourrait pas arriver au même but à l'aide du froid, moyen qui exerce une action si puissante sur le système nerveux; les résultats obtenus sont venus justifier ses prévisions. Voici comment procède le savant professeur.

Dès que les malades sont soumis à l'observation, il leur prescrit une boisson froide, glacée, une limonade, par exemple, qui, toujours acceptée par eux, convient à leurs habitudes, tempérées ou non, et à laquelle il ajoute parfois une certaine quantité de vin. En même temps, trois fois par jour, il fait donner des lavements d'eau froide, qui doivent rester dans le rectum aussi longtemps que possible. En outre, les malades sont soumis à l'hydrothérapie deux fois par jour, le matin et le soir, et, suivant les circonstances, une troisième fois à midi (douches en jet et en pluie d'une minute de durée). A ces différents moyens, on ajoute l'application sur l'abdomen de cataplasmes froids, afin de produire constamment la réfrigération. La meilleure manière de préparer de tels cataplasmes (qui peuvent être employés avantageusement dans d'autres cas, ceux de fièvre typhoïde, de péritonite, par exemple), consiste à étendre sur un linge une couche de farine de lin sèche d'un centimètre d'épaisseur, à placer de distance en distance des morceaux de glace du volume d'un œuf d'oiseau, à ajouter par-dessus une autre couche de farine de lin, puis à renverser les bords du linge pour que le tout soit emprisonné. Sous l'influence de la chaleur du corps, la glace fond graduellement, l'eau se mêle peu à peu à la farine, et au bout de trois heures le froid existe encore.

A l'aide du traitement ordonné comme il vient d'être dit, les accidents de l'intoxication saturnine sont très-vite mitigés. M. Monneret a vu guérir totalement des malades dans l'espace de cinq à sept jours, et même de deux à trois; sur quarante cas observés, sauf deux exceptions, il a vu disparaître, comme par enchantement, tous les accidents de la névrose. Voici comment les choses se passent d'ordinaire. D'abord la constipation persiste, et pendant les deux ou trois premiers jours les malades rendent les lavements sans aucune matière; mais les douleurs disparaissent. Ce n'est que vers le cinquième ou sixième jour que les matières fécales, plus ou moins ramollies, reprennent leur cours. La guérison est complète.

Un des avantages que M. Monneret reconnaît à cette méthode, c'est qu'appartenant à l'ordre des médications toniques et reconstituantes, elle combat avantageusement une altération qui résulte toujours de l'intoxication saturnine, à savoir la diminution des globules sanguins, l'anémie. Il fait, du reste, concourir au même effet l'emploi d'un traitement corroborant: le vin, les ferrugineux, les préparations de quinquina. (*Gaz. des Hôp.*, 1867, nº 43.)

Etat comateux causé par des lombrics; guérison. Aux nombreux faits déjà enregistrés dans notre journal, d'accidents divers déterminés par la présence d'helminthes dans le canal intestinal et disparus après l'expulsion de ces parasites, nous ajouterons celui que M. Bouchut a relaté de la manière suivante dans une de ses dernières conférences à l'hôpital des Enfants.

Emilie S***, âgée de deux ans, entrée, le 25 février 1867, au numéro 39 de la salle Sainte-Catherine, est malade depuis quatre jours. Antérieurement, elle n'avait jamais eu que des diarrhées de courte durée et sans conséquence. Le 21 février, elle a été prise de fièvre, d'abattement, d'inappétence, avec difficulté d'aller à la garde-robe. Il y avait même de la constipation depuis deux jours. Son abattement était extrême et ressemblait à du coma. Le pouls, très-fréquent, petit, un peu irrégulier, battait cent vingt fois par minute. Comme il n'y avait rien d'anomal dans les fonctions respiratoires, nous hésitâmes beaucoup, dit M. Bouchut, dans notre diagnostic entre une fièvre typhoïde et une méningite à leur début. Mais l'ophthalmoscope n'indiquait aucune lésion de la rétine, et l'examen du ventre n'apprenait rien de ce qu'on pouvait désirer. Deux jours après, il y eut spontanément de la diarrhée, avec persistance du même état de fièvre, de prostration, d'abattement et de coma. L'idée d'une fièvre typhoïde reprenait le dessus dans notre esprit, lorsque l'enfant expulsa deux vers lombrics par la bouche, sans faire presque aucun effort de vomissement. D'après cette indication, je prescrivis 10 centigrammes de santonine, dont l'ingestion quotidienne fit rendre d'autres lombrics, et tous les symptômes cessèrent rapidement. L'enfant se réveilla, sortit de sa torpeur et de son abattement; elle cessa d'avoir la fièvre, reprit de l'appétit, de la gaieté, et, au quatrième jour du traitement par la santonine, elle était guérie.

Parmi les réflexions dont M. Bouchut a fait suivre l'exposé de ce cas, il est une remarque qui, quoique bien connue, mérite qu'on la rappelle; elle a rapport au diagnostic des affections vermineuses, quand elles se bornent à donner lieu à des accidents imprimant à la maladie une apparence symptomatique susceptible d'en imposer, comme ici. Cette remarque, c'est que, dans les cas douteux, l'examen microscopique des matières fécales, tel que le recommande M. Davaine, suffit à lever toutes les difficultés. En effet, si l'on trouve dans ces matières des œufs de lombrics, ovales et frangés à la circonférence, des œufs de tricocéphales, oblongs, avec un mamelon à chaque extrémité, des œufs ovales et irréguliers d'oxyures, ou enfin des œufs arrondis de tænia, non-seulement on peut affirmer qu'il y a dans l'intestin un entozoaire de cette nature, mais encore le traitement se trouve, pour ainsi dire, formulé par le fait même, puisqu'on sait que telle ou telle espèce d'helminthe réclame particulièrement l'emploi de tel ou tel agent médicamenteux. (*Gaz. des Hôp.*, 1867, nº 42.)

Un danger des injections hypodermiques. Les dangers qui peuvent accompagner la pratique des injections hypodermiques sont de plusieurs sortes. En général, ils dépendent de l'exagération des doses des médicaments, toujours très-actifs, qui sont introduits dans l'économie par la voie sous-cutanée; mais ils peuvent résulter aussi d'autres circonstances, par exemple de la pénétration directe dans une veine de la substance injectée, comme dans le fait signalé par le professeur Nussbaum, de Munich, lequel se trouve consigné dans notre tome LXIX. Nous avons aujourd'hui à faire connaître un cas qui, si la relation de cause à effet a été bien interprétée, donnerait lieu de croire que les injections hypodermiques de sulfate de quinine ne sont pas toujours exemptes d'inconvénients, mais sont susceptibles de déterminer des accidents locaux sérieux.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-trois ans, Suisse de nation, qui était entré à l'hôpital de la Charité, à la Nouvelle-Orléans, pour s'y faire traiter d'un tétanos occupant principalement les muscles antérieurs du tronc et ceux des extrémités supérieures et inférieures, auquel il finit par succomber. Le malade portait, vers l'insertion du deltoïde gauche, une ulcération très-irritée et douloureuse, à bords nets, de la largeur d'un dollar, sous laquelle les tissus étaient complétement détruits jusqu'à la couche musculaire, qui se laissait voir à nu avec un aspect donnant lieu de supposer l'action d'une substance corrosive. Les recherches qui furent faites sur l'origine de cette ulcération apprirent que, deux mois auparavant, cet homme avait été traité, dans le même hôpital,

d'une fièvre intermittente par des injections de sulfate de quinine pratiquées dans ce point. Il était sorti guéri, mais était rentré peu de temps après avec la plaie ulcéreuse décrite ci-dessus. Le docteur Mitchell, dans le service duquel le malade avait été placé lors de son retour à l'hôpital, pense que le sulfate de quinine a une action locale irritante; il a vu plusieurs fois des symptômes d'irritation non douteuse, rougeur intense, douleurs vives, se manifester à la suite d'injections sous-cutanées de cette substance, en quantité peu considérable, et simplement suspendue dans de l'eau sans addition d'acide. Il paraîtrait, d'ailleurs, que ce cas n'est pas le seul dans lequel on ait eu occasion, à la Nouvelle-Orléans, de voir des ulcérations survenir à la suite d'injections hypodermiques de sulfate de quinine. (*British med. Journ.*, 23 févr. 1867.)

Empoisonnement par la teinture d'aconit. Un vieillard de soixante et un ans, homme de peine dans une entreprise de transports, bien portant le matin du 7 décembre dernier, fut apporté à six heures du soir, le même jour, à King's College Hospital, service de M. le docteur Johnson. Pendant qu'il se livrait à son travail, une caisse renfermant des bouteilles ayant éprouvé un choc violent, une de ces bouteilles se cassa, et laissa écouler son contenu à travers les joints de la caisse. Trouvant à ce liquide l'odeur et l'apparence de l'eau-de-vie, notre homme en avait bu la valeur d'une cuillerée à bouche, ou peut-être davantage. Or, c'était de la teinture d'aconit de Fleming, comme on le reconnut ensuite.

Immédiatement après l'ingestion, sensation de brûlure dans la bouche et dans la gorge, puis dans l'estomac, bientôt accompagnée d'engourdissement et de picotements des lèvres et de la langue. Au bout d'une demi-heure, vomissement abondant, et, une autre demi-heure après, engourdissement des extrémités, avec sensation de pesanteur, et impuissance de soulever les membres. Respiration fréquente et laborieuse; douleurs de tête, s'irradiant dans les membres; conservation de l'intelligence, qui, de temps à autre toutefois, était troublée par des divagations. A quatre heures du soir, garde-robe.

Lors de l'entrée, six heures après l'ingestion de la substance toxique, le malade, étendu sur une table dans la salle d'attente, avait la face congestionnée, les conjonctives injectées; les pieds et les mains étaient froids, couverts d'une sueur visqueuse; la respiration était laborieuse, à 36; le pouls petit et dépressible, à 80; les bruits du cœur faibles; les lèvres, le menton, la barbe couverts d'une salive spumeuse; les pupilles dilatées. Sensation de brûlure à la bouche, douleur à l'épigastre; agitation; pesanteur des membres qui, disait le malade, lui semblaient comme d'énormes poids attachés à son corps. On le mit au lit, avec des bouteilles chaudes aux pieds, et on lui administra un mélange d'eau chaude, d'eau-de-vie et de café; mais d'abord il vomit tout ce qu'il prit. Vers neuf heures, il tomba dans un sommeil entrecoupé; le pouls se releva, la respiration devint plus facile, les pupilles reprirent leur dimension naturelle, et les autres symptômes s'amendèrent également. Le lendemain, il restait de la céphalalgie, de la pesanteur, des crampes. Mais tous les accidents allèrent s'améliorant, et le rétablissement ne tarda pas à être complet.

La relation de ce cas d'empoisonnement par l'aconit n'a pas par elle-même un bien grand intérêt. Mais elle fournit l'occasion de poser cette question : La teinture d'aconit et les autres préparations d'aconit de notre pharmacopée française seraient-elles capables de produire de tels effets? Tous les échantillons qu'on en trouverait dans le commerce seraient-ils pourvus d'une activité égale? Il est permis d'en douter. MM. Trousseau et Pidoux regardent ces préparations comme presque toujours mal faites ou altérées; Debout, dans son article du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, émet une opinion semblable, tout en proclamant la valeur thérapeutique de l'aconit, qui n'est pas douteuse. Il est donc à désirer que ce médicament soit soumis à de nouvelles études, d'abord de la part des pharmacologistes, afin d'avoir des préparations toujours identiques et sur lesquelles on puisse compter, puis de la part des médecins, afin d'en bien déterminer les propriétés et les applications. (*Lancet*, 23 févr. 1867.)

Tumeur syphilitique congénitale de la langue. Si la langue est assez souvent le siége de lésions chez les adultes atteints de syphilis acquise, à la période tertiaire, il n'est pas commun, que nous sa-

chions, de rencoutrer de telles manifestations de la syphilis héréditaire. Dans le cas qui va être rapporté, il manque, relativement à la nature de la maladie, l'aveu formel des parents ; mais les caractères extérieurs du mal et le succès du traitement spécifique se réunissent pour justifier le diagnostic porté par notre confrère anglais, M. Nunn, chirurgien de l'hôpital de Middlesex.

Ann M***, âgée de quatorze ans, non encore réglée, ne se souvient pas d'avoir fait aucune maladie jusque environ dix mois avant sou entrée à l'hôpital, où elle commença à avoir la langue tuméfiée, ulcérée et douloureuse. Traitée à cette époque à Saint-Mary Hospital, elle en sortit au bout de trois semaines, dans un état de très-grande amélioration. Mais, un mois après, la langue redevint malade, et un médecin de la ville prescrivit un traitement qui n'amena aucun soulagement. Admission dans le service de M. Nunn, le 10 janvier 1867.

A ce moment, on constatait sur le côté droit de la langue une ulcération profondément excavée, de forme irrégulière, à bords élevés, contenant un détritus jaunâtre. La base de cette ulcération était formée par une tumeur gommeuse, du volume environ d'un œuf de pigeon. Les os nasaux étaient sensiblement atrophiés, mais les dents étaient régulières et bien développées. Le reste du corps ne présentait aucun autre stigmate de maladie. Prescription : gargarisme avec le chlorate de potasse; sirop composé de deutochlorure de mercure et d'iodure de potassium, 3 doses par jour ; 3 onces de vin et régime analeptique. Sous l'influence de ce traitement, l'ulcère et la tumeur sont allés diminuant graduellement de volume et de dimension, et le 9 février à peine sentait-on encore un peu de dureté; et l'ulcération était presque complétement cicatrisée. (*British med. Journ.*, 2 mars 1867.)

Traitement de la gale au moyen du styrax. Le nombre des substances insecticides augmente sans cesse. En voici une nouvelle employée avec succès pour tuer l'acarus de la gale, par M. Pastan, de Breslau. Ce médecin a fait de nombreux essais comparatifs du traitement de la gale dans l'hôpital qu'il dirige. Parmi les diverses substances qu'il a expérimentées, le styrax lui a donné les meilleurs résultats, l'emportant même, dans la majorité des cas, sur le baume du Pérou. C'est donc à ce remède que cet habile praticien accorde en ce moment la préférence. Voici la formule qu'il emploie :

Styrax liquide......	1 once.
Huile d'olive........	2 gros.

Sous cette forme, le styrax est d'une embrocation facile ; employé seul, il est trop visqueux, trop collant. Les acarus placés dans le mélange cessent d'exister au bout de vingt à quarante minutes. Il est rare qu'après quatre-vingt-dix à cent minutes on aperçoive encore quelque faible mouvement. Pour le traitement complet, une ou deux embrocations d'une demi-once suffisent.

Le traitement est, par conséquent, rapide, sûr et agréable ; comme par le baume du Pérou, non-seulement l'acarus est détruit, mais encore ses œufs cachés dans les sillons. La peau ne subit aucune altération par le fait du styrax ; jamais il n'a été remarqué d'érythème ou d'eczéma à la suite de son emploi. De plus, l'odeur que le médicament exhale n'est nullement désagréable.

Le mode à suivre est le même que pour le baume du Pérou : le malade prend un bain chaud, puis s'enduit soigneusement tout le corps, à l'exception de la tête, avec environ une demi-once de la préparation. Généralement une friction suffit. Cependant, dans des cas exceptionnels, au milieu de beaucoup d'acarus morts, on en découvre encore quelques-uns vivants; une seconde application du remède, faite le lendemain, achève chaque fois la guérison. Les malades peuvent sans inconvénient quitter l'hôpital sans se laver, conservant ainsi la préparation sur le corps. Les vêtements sont, pendant l'opération, soumis à une température de 50 degrés Réaumur. Jamais une récidive n'a été observée. Le traitement est donc de deux jours au plus.

Il faut ajouter que, le traitement étant court, il est nécessaire que le malade ait de grands soins de propreté; en effet, des acarus en vie ou des œufs peuvent se cacher dans ses vêtements.

Notons aussi que le styrax a, sur le baume du Pérou, l'avantage de coûter moitié moins, et de ne point tacher le linge, ce qui le rend doublement précieux dans la médecine des pauvres. (*Abeille médicale.*)

De l'action de la fève de Calabar. Le professeur Græfe a fait des expériences sur la fève de Calabar dont nous donnons ici un léger aperçu; il a employé dans ses essais des solutions d'extrait alcoolique de fève de Calabar dans la glycérine. La solution forte contenait les principes actifs de 20 centigrammes de fève par goutte; dans la solution faible, une goutte représentait 1 décigramme.

Action de la fève de Calabar sur l'œil sain. — Si l'on instille dans l'œil une goutte de la solution la plus forte, la pupille commence à se resserrer au bout de neuf ou dix minutes; il en faut environ douze avec la solution faible. La myopie et la presbyopie n'ont pas d'influence sensible sur le resserrement de la pupille, rétrécissement qui surpasse d'un quart et même de la moitié ceux que déterminent les causes naturelles. La myopie persiste longtemps, de deux à quatre jours, avec la solution forte; dans quelques cas, elle est suivie d'une légère mydriase, qui se manifeste spécialement le matin. Pendant que la pupille de l'œil soumis à l'action de la fève de Calabar se resserre, il se fait une légère dilatation dans la pupille de l'autre œil. L'œil soumis à l'expérimentation distingue plus difficilement les objets, qui paraissent nager dans une espèce de crépuscule.

Un autre effet de la fève de Calabar se rapporte à l'accommodation; elle la modifie constamment, mais l'augmentation de réfraction de l'œil peut précéder la myopie, et elle se développe toujours plus rapidement que le resserrement de la pupille.

Le plus souvent l'étendue du champ d'accommodation se réduit de moitié par la solution forte, d'un quart ou d'un huitième par les solutions plus faibles; mais cette myopie artificielle ne dure jamais plus de deux heures.

Un autre phénomène très-curieux produit par la fève de Calabar, c'est la macropie, tandis que la belladone détermine la micropie.

L'instillation du médicament dans l'œil produit une légère irritation des tissus, un sentiment pénible de tension du bulbe et un léger strabisme en dehors. Græfe a fait une expérience très-curieuse sur un homme atteint d'artigmatisme simple qui l'oblige à se servir d'un verre cylindrique de 1/24. L'instillation de la solution forte d'extrait de Calabar a déterminé une myopie de 1/7, qui a duré pendant quatre heures après l'instillation. Cette expérience permet de conclure que le médicament en question agit directement sur le muscle ciliaire, indépendamment de son action sur l'iris. Un point qui serait très-important à élucider, c'est le mode d'action de la fève de Calabar; il est vraisemblable qu'elle détermine l'excitation du muscle ciliaire, car la simple paralysie des fibres rayonnantes de l'iris ne pourrait expliquer le resserrement de la pupille. On sait toutefois que l'atropine et la calabarine agissent en sens inverse.

Dans la mydriase spontanée ne dépendant pas d'une affection cérébrale, la fève de Calabar diminue le diamètre de la pupille de la façon la plus marquée, selon le degré de la maladie; elle agit aussi dans le glaucôme aussi longtemps que l'iris n'est pas complétement atrophié. L'influence qu'a la fève de Calabar sur l'accommodation fait prévoir dans l'avenir bien des applications thérapeutiques : on pourrait peut-être l'employer alternativement avec l'atropine pour détruire les synéchies. (*Ann. d'oculist.*, 30 novembre 1866.)

Des applications de l'acide phénique à la chirurgie. Le docteur Bottini, chirurgien à l'hôpital Majeur de Novare, l'a expérimenté dans le traitement des plaies sur six cents malades; il l'emploie en solution à la dose de 2 ou 5 pour 100, et il a toujours trouvé qu'il modifiait la surface suppurante, et facilitait la circulation. Il rapporte de nombreuses observations de plaies gangréneuses, de phlegmon diffus et de nécroses qui se sont améliorés à vue d'œil sous l'action de la solution ci-dessus indiquée.

A l'aide d'une solution au centième injectée dans la vessie, il a obtenu des guérisons inespérées de cystites rebelles. Ces injections lui servent à corriger la putréfaction de l'urine qui stagne dans la vessie sous l'influence d'une hypertrophie de la prostate ou de rétrécissements de l'urètbre. Etudiant avec le microscope les modifications survenues dans le pus et dans l'urine après l'application de la solution phénique, l'auteur a constaté l'absence de myriades de zoophytes et d'espèces de *penicillium glaucum* qui s'y trouvaient avant l'injection. Le docteur Bottini emploie aussi l'acide phénique pour conserver les pièces anatomiques; pour cela il se sert d'une solution à 3 pour 100, et laisse la pièce macérer pendant sept

ou huit jours. Puis il l'enlève, la dispose sur une toile dans l'attitude qui lui convient et la laisse sécher à l'air. Cet acide n'attaque nullement la matière qui sert à injecter les artères ou les veines. Quand la pièce est tout à fait sèche, il la recouvre d'une légère couche de vernis copal. Ce moyen est peu coûteux facile à manier, et procure d'excellents résultats, comme on peut s'en convaincre en examinant des pièces préparées comme il est indiqué ci-dessus par le docteur Bottini, et déposées dans le musée de l'hôpital de la Charité de Novare. (*Giornale Italiano delle malattie veneree et delle malattie della pelle.*)

Exophthalmie monoculaire guérie rapidement par les révulsifs internes. Mlle T., âgée de seize ans, couturière, d'un tempérament lymphatico-sanguin, de forte constitution, habituellement bien portante, bien réglée, fut prise précisément à l'époque menstruelle de douleurs périorbitaires de l'œil gauche, occupant le trajet du nerf sus-orbitaire. Au bout de deux jours, son œil se gonfla, ainsi que la paupière, qui devint rouge. Sous l'influence de fermentations de sureau, la phlegmasie extérieure disparut, mais l'œil resta couvert par la paupière, avec un peu de procidence en dehors, où il faisait une saillie de 1 centimètre environ. A l'angle interne de l'œil existait un léger œdème de la caroncule ; le seul trouble visuel était de la diplopie.

La malade se présenta alors à la consultation ; elle avait l'aspect un peu anémique, et raconta que dans la semaine qui avait précédé l'apparitioo de la maladie, elle avait passé plusieurs nuits à travailler, occupée principalement à lustrer, ayant auprès d'elle un fourneau de charbou. L'examen ophthalmique permet de constater la mobilité de la pupille, la transparence des milieux dioptriques, la pâleur du fond de l'œil, le peu de coloration de la pnpille. dont les artères sont très-petites et les capillaires à peiue visibles, tandis que daus l'œil sain les vaisseaux de la choroïde sont très-apparents, le foud de l'œil plus sombre, la pupille rougeâtre, et ses vaisseaux ont leur diamètre normal. Pourtant la vue de l'œil affecté n'est pas altérée ; car, si les objets paraissent un peu nébuleux, cela paraît tenir plutôt au manque d'équilibre des points correspondants de la rétine qu'à sa lésion propre, attendu que la vue est presque normale si la malade vient à fermer l'œil sain.

Mlle T*** avait eu jusqu'alors recours à une application de quelques sangsues aux pieds, et avait pris une purgation.

Le docteur Borelli prescrivit de cesser tout travail, de prendre chaque soir un pédiluve, et chaque matin un purgatif salin.

Au bout de quatre jours, l'affection avait assez diminué pour permettre à la malade de reprendre ses occupations; au bout de huit jours elle était entièrement guérie. Au bout d'un mois il ne restait plus aucune trace de l'affection dans l'œil, dont la vue était parfaite, et ou apercevait les vaisseaux de la choroïde bien distincts, le fond de l'œil coloré, et la pupille avec ses artères, ses veines et ses capillaires parfaitement visibles.

Évidemment dit le docteur Borelli, la cause première de cette exophthalmie est une congestion veineuse, suivie probablement de quelque épanchement séreux arrivé dans le voisinage du globe oculaire. Maintenant quel est le véritable siége de cette congestioo? Est-ce, comme le veut Nuveley, dans le sinus caverneux avec obstacle consécutif au retour du sang par la veine ophthalmique ? Le docteur Borelli incline plutôt à penser que, sous l'influence du travail nocturne exagéré pendaut la nuit, de la vapeur carbonique avec son action élective sur les veines, grâce aussi à l'état un peu anémique de cette jeune femme, il s'est fait une véritable congestion veineuse du voisinage de l'orbite, étendue peut-être aux sinus caverneux, d'où le gonflement ou la rougeur de la paupière, la névralgie sus-orbitaire, puis l'œdème des tissus de l'orbite, amenant enfin la projection de l'œil en avant. Quant à l'anémie de l'intérieur de l'œil, l'auteur l'explique par une compression de l'artère ophthalmique et ses ramifications. (*Giornale d'oftalmologia italiano.*)

VARIÉTÉS.

ASSISTANCE MÉDICALE.

RAPPORT A L'EMPEREUR.

Sire,

Au commencement de son règne, Votre Majesté fut frappée de l'inégalité qui existait, au point de vue de l'assistance médicale, entre l'ouvrier des villes et l'ouvrier des campagnes. Tandis que les villes sont généralement dotées d'institutions charitables où le malade indigent trouve les secours qui lui sont nécessaires, l'ouvrier des champs était souvent exposé à souffrir, isolé, sans médecin, sans remèdes.

L'Empereur, dans sa sollicitude pour les populations rurales, a voulu qu'on atténuât autant que possible un pareil état de choses, contraire aux principes de charité et de justice. Dans ce but, l'administration supérieure a fait tous ses efforts pour encourager dans les départements la création d'un service de médecine gratuite en faveur des populations rurales. L'attention des préfets et l'intérêt des conseils généraux ont été appelés d'une manière toute spéciale sur l'utilité que présentait une institution qui devait améliorer notablement le sort des indigeuts des campagnes.

Plusieurs modes d'assistance ont été essayés; mais l'organisation qui a paru la plus complète est celle des médecins cantonaux, appliquée déjà avec succès sur plusieurs points de la France, et notamment dans le Loiret.

Voici les bases de l'organisation adoptée dans ce département.

Le service de chaque circonscription, composée d'un nombre de communes variant suivant l'importance de la population, est oonfié à un médecin désigné par le préfet.

Chaque année, le bureau de bienfaisance de la commune, ou, lorsqu'il n'en existe pas, uue commission composée du maire, de l'adjoint et du ouré, dresse, en présence du médecin, la liste des indigents qui seront appelés à jouir des bienfaits de la médecine gratuite. Cette liste est ensuite soumise à l'approbation du conseil municipal.

Le médccin cantonal traite à domicile, sur la demande du maire, ou, à son défaut, d'un membre de la commission communale, les indigents portés sur la liste. Dans les cas urgents, il peut être appelé directement par le malade ou par sa famille, sans autre formalité que la présentation de la carte délivrée à chacun des indigents.

Les médecins visitent et soignent également les enfants trouvés, abandonnés, orphelins, les vieillards et infirmes placés dans les familles au compte du département. Outre les soins que peuvent venir réclamer d'eux les malades indigents de leur circonscription en état de se transporter à leur domicile, les médecins cantonaux donnent, au moins une fois par semaiue, des cousultations gratuites. Enfin ils doivent, chaque année, adresser au préfet un rapport qui constate les résultats de leur service.

Les médecius cantonaux sont indemnisés de leurs frais de déplacement; chacun d'eux reçoit annuellement une allocation proportionnée tant à l'étendue de la circonscription qu'au nombre des indigents, enfants et vieillards,

qu'il est chargé de visiter; en outre, lorsque les ressources le permettent, des primes sont données à ceux qui se sont distingués par leur zèle.

Les médicaments sont fournis par un pharmacien domicilié dans la circonscription, ou par le médecin, s'il n'existe pas d'officine à une distance de quatre kilomètres du domicile du malade.

Toutes les communes sont pourvues d'un mobilier médical se composant de linge, baignoires et objets de première nécessité. Ce mobilier est mis en dépôt soit à la cure, soit à la maison d'école, soit dans les établissements de sœurs, et il est prêté sur l'autorisation du médecin.

L'administration supérieure a apprécié les avantages que présentait cette organisation, et elle en a conseillé l'adoption. Mais la mission du gouvernement était plutôt d'indiquer le bien à réaliser que de prescrire une forme absolue pour l'accomplir. Aussi les conseils généraux ont-ils été libres de choisir le système qui leur paraissait le mieux répondre aux habitudes des populations.

La plupart des départements qui ont fondé un service de médecine gratuite en faveur des indigents des campagnes ont adopté en principe le système qui leur était recommandé, en y apportant toutefois quelques modifications dans l'application.

Aujourd'hui, quarante-huit départements possèdent des institutions de ce genre.

Ces départements sont les suivants :

Aisne. — Allier. — Alpes (Basses-). — Alpes (Hautes-). — Ardennes. — Ariége. — Aude. — Aveyron. — Bouches-du-Rhône. — Cher. — Corse. — Creuse. — Doubs. — Drôme. — Garonne (Haute-). — Gers. — Gironde. — Hérault. — Ille-et-Vilaine. — Indre. — Indre-et-Loire. — Isère. — Jura. — Landes. — Loire. — Loire-Inférieure. — Loiret. — Lot. — Maine-et-Loire. — Marne. — Meurthe. — Meuse. — Moselle. — Nièvre. — Oise. — Pas-de-Calais. — Pyrénées (Basses-). — Rhin (Bas-). — Rhin (Haut-). — Saône-et-Loire. — Sarthe. — Savoie (Haute-). — Seine-et-Oise. — Sèvres (Deux-). — Somme. — Tarn. — Tarn-et-Garonne. — Vaucluse.

Si l'organisation de ce service varie suivant les besoins et les habitudes des populations, partout, du moins, les soins du médecin et les médicaments sont fournis gratuitement aux malades; dans quelques départements, on ajoute à ces bienfaits une distribution gratuite d'aliments destinés à rendre aux convalescents les forces nécessaires pour reprendre leur travail.

Les ressources destinées à pourvoir au paiement des dépenses sont fournies par les départements, les communes et les bureaux de bienfaisance.

De son côté, la charité privée apporte son précieux concours à cette œuvre. Je dois ajouter que, sur plusieurs points, les médecins ont beaucoup contribué au développement de l'œuvre, soit en donnant gratuitement leurs soins, soit en ne recevant qu'une indemnité bien inférieure à celle à laquelle ils auraient pu justement prétendre.

L'Etat accorde des subventions aux départements qui, par l'importance des résultats obtenus et des sacrifices qu'ils s'imposent, de concert avec les communes, paraissent mériter cette faveur.

Le nombre des départements ainsi subventionnés a varié, pendant la période de 1861 à 1865, de trente-huit à quarante, et le montant des subventions qui leur ont été allouées, de 46,200 francs à 50,000 francs.

Les avantages du service de la médecine gratuite sont évidents. Ce mode d'assistance procure, en effet, aux malades indigents des populations rurales

les secours dont ils étaient privés, et satisfait en même temps un de leurs désirs les plus légitimes en les laissant au foyer domestique, qu'ils ne quittent jamais qu'à regret et à la dernière extrémité pour se rendre à l'hôpital. De plus, la médecine gratuite n'entraîne que des dépenses relativement peu considérables. Si l'on compare le nombre des indigents soignés pendant la période de 1861 à 1865, soit 1,019,135, avec le montant des dépenses, qui se sont élevées à 4,973,876 francs, on trouve que la moyenne des frais de traitement individuel n'a été que 4 fr. 88 c.

De semblables résultats démontrent l'utilité de cette institution ; ils permettent d'espérer que les départements qui en sont encore dépourvus tendront à en assurer les bienfaits aux populations si intéressantes des campagnes et ne tarderont pas à entrer dans la voie indiquée par Votre Majesté.

Je joindrai mes efforts à ceux de mes prédécesseurs pour arriver à un résultat qui réalise d'une manière aussi complète que possible la généreuse pensée de l'Empereur.

Je suis avec un profond respect, Sire, de Votre Majesté,
Le très-humble et très-obéissant sujet,

Le ministre de l'intérieur,
LA VALETTE.

Par décret du 20 avril 1867, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur ;

Au grade d'officier : MM. Bedel, Chevassu et Garnier, médecins-majors de première classe.

Au grade de chevalier : MM. Manoha et Tourraine, médecins-majors de 2e classe ; Villalon, Guyon, et Buez, médecin aide-major de 1re classe ; Féqueux, pharmacien-major de 2e classe ; Gonet, vétérinaire en 1er ; Péchoux et Maurice, vétérinaires en 2e.

Par arrêté du ministre de l'Instruction publique, M. le docteur Garnier est nommé médecin du lycée du Mans.

La Société de thérapeutique a élu, dans sa séance du 19 avril, comme *membres titulaires :* MM. Béhier, Besnier, Desnos, Isambert, Martin-Damourette, Oulmont, Tessereau et Mayet (pharmacien), et comme *membre correspondant,* M. le docteur Pardey (de la Nouvelle-Grenade).

Nous avons à annoncer la mort de M. le professeur Jobert de Lamballe, malade, comme on le sait, depuis plusieurs mois, et de M. Racle, agrégé de la Faculté, médecin de l'hôpital des Enfants assistés.

M. le docteur Foy, ancien pharmacien des hôpitaux de Paris, vient de mourir. Foy a pris pendant de longues années une part active à la collaboration du *Bulletin* pour les sciences pharmaceutiques, et bon nombre de nos lecteurs doivent en avoir conservé le souvenir.

Enfin, à cette trop longue liste, il faut ajouter le nom de Fontan, médecin consultant aux thermes de Bagnères-de-Luchon. Fontan était un de nos médecins hydrologues des plus distingués, et ses travaux ont beaucoup contribué à la prospérité de Luchon. Il laisse un neveu, ancien interne des hôpitaux, qui saura dignement porter son nom.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'utilité des cautérisations du larynx dans certaines maladies.

Leçon clinique faite à l'Hôtel-Dieu, par M. Guéneau de Mussy,
Membre de l'Académie de médecine.

Au numéro 3 de notre salle Saint-Bernard est une malade que nous avons trouvée dans le service au mois de janvier. Deux ordres de manifestations morbides attiraient tout d'abord l'attention ; notre visite provoquait chez elle, par l'émotion qu'elle lui causait, cette respiration haute, haletante, tumultueuse, habituellement costale supérieure, plus rarement diaphragmatique, que je vous ai signalée comme un des premiers signes extérieurs ou au moins comme une présomption de l'hystérie. En effet, cette femme nous assurait qu'elle était sujette à des *attaques de nerfs*, et la pression de la région ovarienne gauche, en même temps qu'elle éveillait une vive sensibilité, fit éclater sous nos yeux une de ces attaques. Mais, en même temps, cette femme était aphone; on pouvait se demander si cette aphonie, qui durait depuis cinq mois, n'était pas de nature hystérique. Le timbre éraillé du chuchotement qui remplaçait la voix, la toux rauque et catarrhale, l'expectoration opaque jaunâtre qu'on trouvait dans son crachoir, me firent rejeter cette supposition, et l'obscurité relative du son, l'inspiration saccadée, l'expiration prolongée, l'écho de la toux, que je constatai dans les régions sus et sous-claviculaire droites, me firent admettre une complication tuberculeuse qui devait, au bout de quelques semaines, se révéler par des phénomènes plus accentués. La malade nous raconta qu'elle avait eu, pendant son enfance, des engorgements ganglionnaires ; elle toussait habituellement pendant l'hiver. Depuis quatre ans, elle n'avait presque jamais cessé de tousser à la suite d'une bronchite plus intense que les précédentes ; depuis la même époque, elle a une otorrhée habituelle, qui a succédé à un abcès du conduit auditif. Son visage est pâle et son embonpoint blafard accuse une disposition lymphatique.

J'essayai de cautériser le larynx avec une éponge trempée dans une solution d'azotate d'argent cristallisé au septième. Mais le spasme du pharynx, les mouvements de la malade, empêchaient l'éponge d'arriver sur la glotte, et plusieurs tentatives faites pour obtenir un meilleur résultat demeurèrent sans succès. J'eus alors recours aux insufflations de poudre de gomme et de calomel; elles

n'amenèrent aucune amélioration. Cependant, les signes de la tuberculisation se prononçaient davantage. La malade pâlissait et maigrissait, quelques craquements épars apparaissaient sur le sommet droit; je fis faire sur cette région de fortes applications de teinture d'iode, et je prescrivis à la malade, deux fois par jour, avant le repas, 1 milligramme d'orpiment qui, par ses deux facteurs, soufre et arsenic, me paraissait répondre aux deux éléments nerveux et lymphatique de l'état morbide complexe offert par cette malade.

Après qu'elle eut, pendant dix à quinze jours, suivi ce traitement, l'état général me paraissant un peu amélioré, mais la voix étant toujours aussi éteinte, je revins à la cautérisation avec un instrument plus commode que celui qui m'avait servi à ma première tentative. Cette petite opération provoqua pour la première fois des spasmes violents très-angoisseux, accompagnés de suffocation, et attestant la pénétration du liquide caustique entre les lèvres de la glotte. Dès le lendemain, la voix était revenue avec un timbre un peu éraillé, et la malade était obligée de pousser les sons par une sorte d'anhélation. Leur émission devenait par moments plus difficile, et une phrase commencée finissait en un murmure indistinct. Une seconde cautérisation, pratiquée trois jours après, fut suivie d'un progrès sensible. A la troisième, la voix redevint presque naturelle, conservant seulement une légère rudesse. Je me propose de consolider le résultat obtenu par quelques autres cautérisations de plus en plus espacées, tout en continuant pendant deux à trois semaines encore l'usage de l'orpiment.

Je profite de cette observation pour revenir sur les indications de cette cautérisation du larynx applicable à plusieurs affections aiguës ou chroniques de cet organe, et vous dire comment et dans quelle circonstance elle doit être pratiquée.

M. le professeur Trousseau, véritable créateur de cette méthode, s'est servi de caustiques variés. Je ne vous parlerai ici que de la solution d'azotate d'argent, la plus généralement employée. Elle est plus ou moins concentrée, suivant l'effet qu'on veut produire; d'après les formules de M. Trousseau, la proportion est d'une partie d'azotate pour deux ou quatre parties d'eau. Je me sers habituellement d'une solution au septième, et, suivant le conseil du docteur Grun, je fais faire cette solution avec de l'azotate d'argent cristallisé. Depuis que le laryngoscope a permis de préciser le siége des lésions, quelques médecins se servent du nitrate d'argent fondu emprisonné dans un réseau de fils de platine.

Si cette méthode permet de mieux limiter l'action du caustique, elle est d'une exécution beaucoup plus difficile, et l'autre m'a donné des résultats si avantageux, que je continue à lui donner la préférence, d'autant plus que la diffusion même de l'action topique me paraît, dans certains cas au moins, avoir de sérieux avantages. L'instrument qui sert aux applications de caustiques liquides est de l'invention de M. le professeur Trousseau : c'est une tige de baleine courbée à angle de 80 degrés, et terminée par une petite éponge solidement attachée à son extrémité. Des coches ou des trous y sont pratiqués pour fixer le fil qui sert à maintenir cette éponge. Si l'on n'a pas à sa disposition un petit instrument fait exprès, on peut en fabriquer un avec une baleine de corset, rétrécie à l'un de ses bouts, entaillée de coches, et chauffée à la flamme d'une bougie pour lui donner la courbure convenable. Les fabricants commettent souvent la faute de donner à leurs baleines une courbure trop étendue et un diamètre trop étroit, ce qui les rend trop flexibles ; ils les munissent aussi habituellement d'éponges beaucoup trop volumineuses. Ces éponges doivent être fines, taillées en cônes de 2 à 3 centimètres ; je les coupe un peu obliquement à leur extrémité, de sorte que le sommet du cône soit dirigé en avant et se présente plus facilement à l'ouverture du larynx. J'emprunte à l'ouvrage de MM. Trousseau et Belloc la description du manuel opératoire. « Après avoir abaissé la langue, on introduit le porte-caustique ; dès qu'on a dépassé l'isthme du gosier, il s'opère un mouvement de déglutition qui porte le larynx en haut. On profite de ce moment pour ramener en avant l'éponge qui, dans le premier temps de l'opération, avait été enfoncée jusqu'à l'œsophage ; par cette manœuvre, on revient sur l'entrée du larynx en relevant l'épiglotte, et il est facile, en appuyant, d'exprimer la solution dans le larynx. »

Nous ajouterons qu'il est important de maintenir la tête du malade légèrement inclinée en avant, car s'il la renverse en arrière, les vertèbres cervicales décrivent une courbe à convexité antérieure sur laquelle l'œsophage est tendu et aplati, ce qui rend le passage de l'éponge presque impossible. Dès que le liquide caustique a pénétré entre les lèvres et la glotte, on voit survenir des quintes de toux, des spasmes laryngés avec une dyspnée presque effrayante pour ceux qui en sont témoins pour la première fois ; la face devient turgescente, quelques malades sont dans une anxiété inexprimable, et semblent menacés de suffocation.

Ces phénomènes sont, du reste, de très-courte durée, et d'autant moins prononcés, en général, que l'opération a été pratiquée un plus

grand nombre de fois. J'ai vu cependant quelques malades chez lesquels l'excitabilité de la muqueuse restait toujours aussi vive après un certain nombre de cautérisations. Cette petite opération laisse un goût amer styptique, quelquefois une sensation de constriction et de chaleur douloureuse qui peuvent persister pendant plusieurs heures. Quelquefois, comme chez notre malade, on ne peut faire arriver l'éponge jusqu'à la glotte à la première tentative.

Autant que possible, ces cautérisations ne doivent pas être pratiquéesa près le repas, dans la crainte de provoquer des vomissements. Les malades doivent garder le silence, et éviter l'impression du froid après cette opération. J'en ai observé qui, faute de s'être soumis à ces mesures de prudence, non-seulement n'ont obtenu aucune amélioration, mais ont vu leur affection s'aggraver momentanément.

Ces applications caustiques sont d'abord répétées tous les deux ou trois jours; on les pratique ensuite à des intervalles plus éloignés, quand on a obtenu une modification très-notable. Il convient encore de les distancer lorsque l'excitation qu'elles produisent est trop vive, ou lorsqu'on a employé une solution très-concentrée.

Le nombre de ces opérations ne peut pas être déterminé d'avance. J'ai vu des malades aphones qui recouvraient la voix après quelques cautérisations, et d'autres qui, après en avoir subi vingt ou trente, dans des cas quelquefois moins graves en apparence, n'avaient encore obtenu qu'un résultat fort incomplet. Dans la laryngite tuberculeuse, depuis bien des années, j'ai eu très-fréquemment recours à cette cautérisation, et les résultats que j'ai obtenus m'ont appris à ne pas désespérer d'une lésion dont le substratum diathésique et les complications pulmonaires découragent bien souvent les efforts des médecins. Sans doute ces efforts sont souvent impuissants, mais ils ne le sont pas toujours : des laryngites rebelles, des aphonies très-anciennes peuvent être très-heureusement modifiées par le traitement topique.

En 1856, dans mon *Traité de l'angine granuleuse*, j'ai raconté l'observation d'une femme phthisique, aphone depuis plusieurs mois; elle était entrée à la Pitié au mois de février 1856; je lui pratiquai à quelques jours d'intervalle deux cautérisations avec une solution d'azotate d'argent au dixième; la voix se rétablit complétement. Quelques semaines après, cette femme succomba au progrès de l'affection tuberculeuse. A l'autopsie, on trouva les poumons labourés par de vastes ulcérations, le pharynx était granuleux; audessus de l'insertion postérieure de la corde vocale supérieure du côté

gauche, on observait une petite ulcération à fond réticulé, comme fibreux, de 6 à 8 millimètres de diamètre, à contours irréguliers, anguleux, à côté d'un tissu blanchâtre, fibreux, qui occupait une étendue plus considérable, et ressemblait à du tissu cicatriciel.

Le résultat rapide obtenu par la cautérisation est un fait que j'ai observé plusieurs fois, et dont M. le professeur Trousseau a cité des exemples; mais ce qui donne à l'observation précédente un puissant intérêt, c'est la gravité de la lésion qui a semblé modifiée par le traitement topique; c'est cette apparence de travail réparateur accompli dans des conditions si désespérées; c'est le retour durable de la voix, malgré la marche prompte et fatale de l'affection pulmonaire.

Dernièrement j'ai reçu dans mon cabinet un jeune artiste tuberculeux qui, pendant bien des mois, a été complétement aphone : des cautérisations du larynx répétées deux fois par semaine lui ont rendu la voix. Cette voix est un peu rude, et très-légèrement voilée; mais elle est pour lui un important bienfait qu'il apprécie d'autant plus que pendant près d'une année il n'avait pu communiquer avec ses semblables qu'à l'aide d'un chuchotement pénible et fatigant. Plus heureux que le précédent malade, avec la modification de l'affection laryngée, il a vu coïncider une amélioration considérable de la santé générale; la marche de la tuberculose paraît enrayée.

Sans doute ces guérisons ne sont point parfaites, et peuvent être entravées par des récidives; mais elles apportent aux malades un grand soulagement, et le retour des fonctions vocales est pour eux un grand confort moral.

L'amélioration de la voix peut être très-rapide, et je vous ai plusieurs fois fait constater qu'immédiatement après la cautérisation, les malades pouvaient recouvrer la faculté d'émettre des sons, ou de les accentuer avec plus de netteté qu'ils ne le faisaient avant l'opération. Ne faut-il pas attribuer ce résultat à l'action astringente que le caustique exerce sur le gonflement œdémateux consécutif à la laryngite, ou développé autour des ulcérations?

L'efficacité de cette opération est bien plus remarquable dans la laryngite varioleuse; quand l'éruption variolique envahit les conduits aériens, elle constitue une complication des plus graves. Cet exanthème laryngien, en gênant la fonction respiratoire, trouble l'hématose, et augmente l'altération déjà si profonde d'un sang imprégné du principe virulent. Il peut causer l'asphyxie, et constitue un véritable *croup varioleux*. C'est surtout au moment où les pustules

acquièrent leur développement complet que le danger est menaçant. Le gonflement œdémateux qui entoure leur base trouve un terrain trop favorable à son développement dans le tissu connectif qui double les replis muqueux de la glotte. Si l'éruption est nombreuse, la dyspnée, l'altération de la voix peuvent se montrer dès le début.

Rhazès avait déjà signalé le danger de cette complication, il cherchait par des gargarismes froids à prévenir le développement de l'éruption gutturale; la cautérisation agit souvent dans ce cas d'une manière héroïque, elle réforme avec une grande puissance le gonflement œdémateux qui complique l'éruption, fait avorter les pustules, ouvre à l'air un plus libre accès dans le poumon; ses effets sont si prononcés et si soudains que, malgré les douleurs et l'anxiété qu'elle provoque, il est très-rare qu'après l'avoir subie, les malades n'en réclament pas l'emploi, tant ils en ont éprouvé de bénéfice. Souvent ils recouvrent immédiatement après l'opération la faculté d'articuler des sons, et chez ceux qui étaient menacés d'asphyxie on voit une coloration normale des lèvres succéder à la teinte violacée qui accusait les troubles circulatoires.

La cautérisation m'a très-souvent réussi dans la laryngite varioleuse, dans les cas, bien entendu, où l'éruption ne descendait pas au-dessous des cordes vocales, et où la gravité de l'état général n'annihilait pas l'importance de cette complication. Cependant, même dans les cas les plus graves, lorsqu'il y a aphonie, et que la respiration est difficile, quand toutefois la dépression des sons n'est pas excessive, je crois qu'il faut tenter cette médication, qui amène à sa suite un soulagement presque constant ; si elle ne doit pas concourir activement à la guérison, elle place le malade dans des conditions meilleures ; en rendant plus facile la fonction respiratoire, elle écarte une grave complication, elle apporte un auxiliaire à ces efforts médicateurs de la nature, dont nous ne pouvons jamais mesurer rigoureusement les ressources et la puissance, et dont nous ne devons point, par conséquent, trop facilement désespérer.

L'année dernière, chez un sujet resté aphone à la suite d'une rougeole, la cautérisation plusieurs fois répétée n'a amené aucune amélioration. Après quatre ou cinq tentatives infructueuses, je me décidai à insuffler dans le larynx un mélange de trois parties de poudre de gomme et d'une partie de calomel ; dès le lendemain le malade avait recouvré la voix. Pour pratiquer ces insufflations, je me sers depuis l'année 1854 d'une poire en caoutchouc, prolongée par un tube métallique muni d'un robinet. A ce tube j'adapte une virole qui supporte un mandrin, et sur laquelle

on fixe un tube de caoutchouc, plat, étroit et flexible. Si la courbure donnée au mandrin détermine la direction du tube, qu'on peut ainsi faire varier à son gré, on place préalablement dans la virole ou dans le tube à robinet la poudre qui doit être insufflée. Si on presse alors la poire en caoutchouc pendant que le malade fait une inspiration, la poudre est projetée avec force dans la cavité du larynx. Cet insufflateur, qui a été reproduit depuis avec quelques variantes, me paraît bien préférable à l'instrument rigide de Bretonneau. Je crois, du reste, que l'emploi des topiques pulvérulents doit être assez restreint, et que dans le plus grand nombre des cas il faut préférer l'application d'un caustique liquide. Il est facile de limiter celle-ci au larynx, tandis que par l'insufflation on fait pénétrer dans l'arbre bronchique des molécules solides qui peuvent bien n'être pas toujours complétement inoffensives pour l'appareil respiratoire.

De l'emploi du chlorhydrate d'ammoniaque dans le traitement des affections catarrhales, comme succédané du sulfate de quinine (¹);

Par le docteur Marrotte, médecin de l'hôpital de la Pitié.

Frédéric Hoffmann regardait la pathologie vraie, *pathologia vera*, c'est-à-dire des notions exactes et saines sur les maladies, comme la seule base solide d'une bonne thérapeutique. La détermination des états pathologiques qu'un médicament ou une médication modifient avec avantage; quelquefois aussi, comme contre-épreuve utile, la détermination de ceux contre lesquels ils échouent, sont, en effet, la source sérieuse des indications. Cette sentence d'un des plus grands praticiens du dix-huitième siècle justifie donc suffisamment quelques considérations préliminaires sur la nature, les formes, la marche et le traitement des affections catarrhales et, en particulier, sur la constitution médicale actuelle, pendant laquelle j'ai fait usage du chlorhydrate d'ammoniaque.

Une autre raison m'y engage. Quelques auteurs modernes, ayant oublié les enseignements de la tradition, ont cru attirer pour la première fois l'attention sur la marche rémittente et intermittente des affections catarrhales, circonstance qui rendrait toujours celles-ci justiciables du sulfate de quinine et assurerait le succès de leur traitement. Ils ont été plus loin : ils ont assimilé les maladies

---

(¹) Lu à l'Académie de médecine.

catarrhales aux fièvres intermittentes ; mais, en cela encore, ils ont été devancés. Cette similitude est étudiée et poursuivie avec toutes les ressources de l'observation et de la dialectique par Straek dans l'opuscule de 25 pages, *opus aureum*, comme on le disait alors, où il a condensé les documents les plus précieux sur l'épidémie de 1782. Sans remonter aussi haut, on retrouve des traces de l'indication et de l'heureux emploi du sulfate de quinine dans les documents laissés sur l'épidémie de 1847.

Je ne viens pas infirmer les preuves si nombreuses et si incontestables qui existent dans les annales de la science sur la marche rémittente et intermittente des affections catarrhales, ni sur les indications qui en découlent pour l'efficacité des préparations de quinquina, comme antipériodiques, et souvent aussi comme toniques, surtout dans les formes graves ou malignes. Mais je dis, fondé sur la tradition et sur l'observation, que la périodicité ne constitue pas un élément aussi essentiel, aussi intimement lié à la nature même de l'affection pour les maladies catarrhales que pour les maladies paludéennes. Dans certains cas particuliers, et surtout dans certaines épidémies, l'emploi des antipériodiques n'en constitue pas l'indication unique et principale ; il y a des constitutions médicales où ils échouent complétement ; il y en a d'autres où ils ne sont efficaces qu'après avoir combattu d'autres éléments morbides et à certaines périodes ; d'autres fois enfin, l'indication est mieux remplie par un autre médicament que par le quinquina. C'est ainsi que l'hydrochlorate d'ammoniaque m'a paru plus promptement et plus sûrement efficace dans l'épidémie actuelle. Enfin, cette médication peut n'avoir par elle-même aucune action spéciale sur la périodicité. Telle est la méthode évacuante.

L'histoire des affections catarrhales nous fournit des preuves à l'appui de ce que j'avance. Dans la fièvre de 1685, décrite par Sydenham, le quinquina, même à haute dose, n'avait aucune prise sur le redoublement. Ramazzini rapporte qu'en 1690, le quinquina, que la plupart des médecins mirent à contribution, loin de réussir, aggrava l'état des malades. Après son administration, les accès disparaissaient pour quelques jours, mais ils ne tardaient pas à revenir avec plus de violence ; aussi les praticiens les mieux inspirés se passaient-ils de cette écorce. Les vomitifs et les purgatifs furent surtout utiles. Stork, à son tour, nous dit qu'en 1760, la violence des redoublements vespéraux le décida à ajouter le quinquina aux autres moyens, mais qu'ils n'en furent nullement adoucis.

Quoique, dans les épidémies catarrhales générales, la cause

morbide semble s'élever jusqu'à la spécificité, qu'elle imprime ainsi un caractère et une marche plus décidés à la maladie et que celle-ci soit habituellement périodique, leur histoire fournit aussi des exemples de l'inefficacité du quinquina. En 1775, Fothergill a souvent vu l'affection passer à l'intermittence, quoique le quinquina y fût plus nuisible qu'utile.

La nature expérimentale des affections catarrhales et des affections paludéennes, c'est-à-dire les données déduites des symptômes, de la marche, des lésions cadavériques, de la pathogénie et des indications, prouvent suffisamment qu'elles ne sont pas identiques.

Considérées dans leur ensemble, les affections catarrhales présentent trois périodes successives d'irritation, de réaction, de détente et de crises ; périodes qui en font un tout morbide différent des fièvres paludéennes, lors même qu'elles ont une marche intermittente. Elles ont aussi une durée plus déterminée. Circonscrites dans d'étroites limites lorsqu'elles revêtent la forme de fièvres éphémères prolongées ou de synoques, elles n'atteignent que quatorze à vingt et un jours, exceptionnellement quarante dans leur durée la plus grande.

Leurs causes appréciables sont, en général, des vicissitudes atmosphériques, transitions brusques, réitérées, soutenues et considérables, qui exposent aux alternatives de la chaleur et du froid, de la sécheresse et de l'humidité, de l'augmentation et de la dépression de la colonne barométrique. Successive, simultanée ou alternative, l'addition de ces éléments modifie toujours notablement les produits morbides, et ces modifications sont quelquefois si profondes qu'on a pu les croire d'une autre nature. L'été et l'hiver et les intempéries correspondantes favorisent la prépondérance des fièvres continues.

Des principes étrangers à ces qualités météorologiques peuvent compliquer, à divers degrés, l'étiologie des catarrhes : conditions des éléments et des boissons ; exhalaisons miasmatiques, encombrement, disette ; et changer ou contre-indiquer l'usage du quinquina.

Ainsi s'explique la prédominance simultanée ou alternative des éléments nerveux, inflammatoire, bilieux, diacritique, qui excluent le quinquina complétement ou ne l'admettent que sous certaines conditions et à certaines périodes.

De tout ce qui précède découle cette conclusion que le quinquina n'est pas le spécifique des affections catarrhales, que son administration est subordonnée à des conditions résultant de la maladie et

que l'observation apprend à déterminer. En un mot, les affections catarrhales se guérissent, comme les autres, en remplissant les indications qui se présentent dans leur cours.

Toutes ces choses ont été largement comprises et exprimées par le professeur Fuster.

Il me reste à esquisser l'épidémie qui règne à Paris depuis le mois de novembre 1866 et qui ne nous a pas encore complétement quittés, et à rechercher les conditions qui semblent recommander l'hydrochlorate d'ammoniaque de préférence au sulfate de quinine.

L'hiver que nous venons de traverser a été remarquable par des pluies fréquentes et abondantes, qui ont entretenu un fond habituel d'humidité. A part quelques gelées de courte durée qui sont venues interrompre cet état de l'atmosphère, le froid n'a pas été très-marqué, mais il l'a été assez pour donner à la saison un caractère d'humidité froide; quelques journées chaudes, rares et isolées, n'ont pas suffi à le lui ôter. Joignez à ce fond commun des variations brusques de température et de pression barométrique, et vous aurez les conditions propres à développer et entretenir une constitution médicale catarrhale.

Nous avons observé, en effet, les formes habituelles de ces maladies : Etat catarrhal simple ou prodromique des formes plus accentuées; des fièvres éphémères franches ou prolongées, plus rarement des synoques. Les affections plus intenses et plus longues ont été nombreuses, mais elles n'ont jamais été malignes. J'ai rencontré les localisations habituelles sur les membranes muqueuses : bronchique, gutturale, intestinale. Le catarrhe stomacal est devenu plus fréquent depuis une quinzaine de jours. Toutes ces localisations étaient accompagnées des mêmes symptômes généraux, et avaient la même marche. En dehors des formes habituelles, quatre déterminations morbides accentuées ont caractérisé cette épidémie : en décembre, des pleurésies ; en décembre et en janvier, des névralgies occupant des siéges divers, le plus habituellement la face, d'autres fois le tronc, le bassin. J'ai observé une névralgie du nerf sciatique gauche chez un adulte de trente-six ans, fort et vigoureux. Il y a eu aussi quelques viscéralgies abdominales. Les deux autres formes, plus rares et réparties en janvier et février principalement, ont été des fièvres pneumoniques et rhumatismales. Deux pneumonies catarrhales sont entrées dans mon service ces jours derniers. Une fois la diacrise a porté sur les voies biliaires et a produit un ictère léger accompagné de névralgie thoraco-abdominale du côté droit. Enfin, l'affection catarrhale a com-

pliqué quelques fièvres typhoïdes auxquelles elle imprimait une fausse apparence d'intensité et une périodicité fébrile.

Deux caractères principaux me paraissent appartenir à la constitution médicale actuelle : 1° la netteté des paroxysmes, ou, mieux, des accès; 2° l'éréthisme inflammatoire des muqueuses. Les accès reparaissaient de six et plus souvent de huit à dix heures du soir, s'annonçant par des frissons erratiques très-prononcés et prolongés. Ils étaient suivis d'une période d'excitation fébrile pleine d'agitation et de malaise, qui se terminait par des sueurs en général abondantes. Chez un certain nombre de malades, ces sueurs se continuèrent longtemps pendant la convalescence, c'est-à-dire en l'absence de tout appareil fébrile; avec le retour des forces, du sommeil et de l'appétit. L'apyrexie était habituellement complète pendant le jour, quelle qu'eût été l'intensité du paroxysme nocturne. Il y avait là, comme on le voit, tous les indices d'une périodicité tributaire du sulfate de quinine. Il est inutile d'ajouter que ces symptômes ont subi, dans les diverses phases de l'épidémie, des variations sans valeur au point de vue qui m'occupe.

Le point important est de rappeler qu'à cette intermittence se joignaient des symptômes de crudité, permettez-moi cette expression ancienne qui rend ma pensée, c'est-à-dire des symptômes d'éréthisme inflammatoire, de phlogose des muqueuses, qui expliquent à mes yeux leur résistance à l'action du quinquina. Dans quelques cas exceptionnels, nous avons observé des signes d'embarras catarrhal des voies digestives et des bronches; mais chez la grande majorité des malades, les sécrétions n'étaient pas augmentées. La langue était blanchâtre, sans humidité, sans enduit; les narines n'ont jamais été le siége des flux signalés dans d'autres épidémies. Les crachats, peu abondants, se composaient d'un peu de liquide clair, légèrement visqueux; ils étaient également aqueux lorsque la sécrétion était plus abondante. La diarrhée était aussi séreuse, sans mélange de mucosités, lorsqu'elle avait lieu; en un mot, l'état diacritique des membranes muqueuses paraissait borné à une prolification plus grande de l'épithélium, sans augmentation ni élaboration de la sécrétion, c'est-à-dire sans mélange de mucosités purulentes.

Dans les commencements de l'épidémie, le repos au lit, des boissons chaudes, auxquelles j'ajoutais, selon les circonstances, de l'acétate d'ammoniaque ou quelques centigrammes de poudre de Dower, me parurent suffire aux indications. Ma conduite fut la même pour les pleurésies. Ces affections étant bénignes et accom-

pagnées, un seul cas excepté, d'épanchements peu considérables, je ne crus pas nécessaire, je crus même sage de m'abstenir de quinine, parce que j'avais remarqué que les sueurs abondantes qui terminaient les accès étaient suivies d'une diminution proportionnée de l'épanchement et de la fièvre.

Mais quand survinrent les complications névralgiques, douloureuses pour la plupart, au point non-seulement d'interrompre le sommeil, mais d'arracher des cris, j'eus recours au sulfate de quinine, dont j'avais retiré de si grands avantages en d'autres circonstances, et je l'employai à la dose de 1 gramme à 1gr,50, comme le recommande notre maître le professeur Trousseau, contre les névralgies. Dans les cas légers, j'obtins un mieux, mais peu marqué et sans durée; dans les cas à fièvre intense et à douleurs aiguës, il donna peu de résultat, quoiqu'il eût été continué plusieurs jours de suite.

C'est alors que le désir de soulager et de guérir mes pauvres névralgiques me fit employer le chlorhydrate d'ammoniaque. Je fus conduit à cette pratique par ce que je savais de l'efficacité de ce sel dans les fièvres paludéennes, et surtout par le souvenir d'une de mes lectures. J'avais lu dans Schmidtmann, *summa observationum*, que cet auteur préférait le sel ammoniac au quinquina dans les fièvres gastriques, lorsqu'elles prenaient la forme intermittente à leur déclin. Quoique j'eusse affaire à une fièvre catarrhale et non à une fièvre gastrique, comme il s'agissait de maladies diacritiques, c'est-à-dire de nature analogue, et qu'en outre le chlorhydrate d'ammoniaque pouvait devenir un modificateur utile de l'éréthisme diacritique des muqueuses, je résolus de l'essayer, et les bons résultats que j'en obtins m'engagèrent à en continuer l'emploi pendant le reste de l'épidémie, et dans toutes les formes, dans toutes les complications.

Lorsque les cas étaient légers, les accès fébriles et surtout les névralgies ont été enrayés dès le premier ou le deuxième jour. Dans les cas plus intenses, il a fallu deux, trois ou quatre jours pour guérir complétement ; mais dès le premier et surtout dès le second jour, l'amélioration était considérable. Ces améliorations et ces guérisons ont été obtenues chez des malades qui avaient résisté au sulfate de quinine. Elles ont eu lieu même lorsque les intestins paraissaient le siége des douleurs.

Je ne crois pas qu'on puisse invoquer la marche naturelle de la maladie sous forme éphémère ou synoque dans toutes ces circonstances; car j'ai reçu à l'hôpital des malades qui étaient depuis

très-longtemps, quelquefois depuis quinze à vingt jours, sous l'influence de l'affection catarrhale, sans qu'elle fût à son déclin; les symptômes avaient seulement perdu de leur intensité première. Dans ce cas, comme dans ceux dont le début était plus récent, le sel ammoniacal a tranché les accès et les douleurs.

J'ai quelquefois associé les injections hypodermiques d'hydrochlorate de morphine à l'usage intérieur du sel.

Mais si elles ont contribué à calmer la complication névralgique, elles ne peuvent être considérées comme l'agent principal de sa disparition; car, employées seules, et avant l'administration de l'hydrochlorate d'ammoniaque, elles ont eu des effets nuls ou peu marqués.

Les résultats ont été tout aussi évidents, mais moins rapides, dans les fièvres catarrhales pneumoniques et rhumatismales. Ils ont été aussi tranchés dans les fièvres catarrhales sans complications ou à complications ayant pour siége les membranes muqueuses. Lorsque l'état catarrhal accompagnait la fièvre typhoïde, il a cédé aussi facilement, laissant celle-ci avec ses caractères de continuité, c'est-à-dire allégée des paroxysmes fébriles. Dans quelques cas de catarrhe de l'estomac, la disposition au vomissement était assez grande pour que j'aie cru devoir l'apaiser, en faisant précéder l'usage du sel ammoniac de celui de l'acétate de potasse seul ou associé à quelque narcotique : eau de laurier-cerise ou opium.

L'action du sel ammoniac a été directe; elle n'a eu lieu par l'intermédiaire d'aucun phénomène physiologique appréciable, tel que vomissement, diarrhée, expectoration ou sueur. L'appareil morbide diminuait et disparaissait subitement ou progressivement, selon les cas, mais d'une manière simultanée, c'est-à-dire tous les symptômes à la fois, aussi bien les sueurs que les frissons, la fièvre et la toux. Chez la plupart des malades, la convalescence était franche; mais quelques-uns n'ont été débarrassés qu'à grand'peine de sueurs abondantes revenant toutes les nuits à l'heure habituelle, quoiqu'ils eussent toutes les apparences de la santé. La sauge et le vin de quinquina sont les médicaments qui m'ont le mieux réussi.

Il en a été à peu près de même de la toux : si elle a cessé rapidement chez les malades légèrement pris, elle a souvent persisté sèche et par quintes plus marquées la nuit chez les autres, malgré la continuation à plus faible dose du sel ammoniac. La sécrétion épithéliale de la muqueuse linguale a repris lentement ses caractères normaux. En un mot, le sel ammoniac paraît avoir modifié les

fonctions dynamiques ou nerveuses plus que les fonctions organiques.

Les doses totales nécessaires pour couper les accès de fièvre ont varié de 2 à 4, rarement 5 grammes par jour. Elles ont été administrées par fractions de 50 centigrammes à 1 gramme, à des intervalles de trois à quatre heures, de façon cependant à ce que la dernière fraction fût prise deux à trois heures avant l'invasion présumée de l'accès. J'ai procédé comme pour les fièvres intermittentes.

Le sel ammoniac est difficile à administrer ; sa saveur répugne, en général, aux malades, surtout lorsqu'on en prend un gramme à la fois en solution. Pour éviter les résistances que j'aurais rencontrées, je le faisais envelopper de pain azyme et son ingestion était suivie de celle d'une tasse de tisane. Il est probable cependant qu'on arriverait assez facilement à le faire prendre en dissolution, en l'associant à quelque boisson aromatique ou amère. Un enfant de deux ans en a pris 50 centigrammes quatre jours de suite, dans 30 grammes d'infusion de mélisse et 30 grammes de sirop d'écorce d'oranges amères, administrés en trois fois.

Quelques malades se sont plaints d'un peu d'ardeur à l'estomac; mais, en général, le médicament a été supporté sans fatigue, et il n'a pas empêché le retour rapide de l'appétit; d'autres ont éprouvé un peu de soif, et, chez plusieurs, cette soif a persisté quelques jours après la convalescence confirmée.

Cette courte notice peut se résumer dans les propositions suivantes :

Les affections catarrhales affectent, dans l'immense majorité des cas, une marche périodique qui prend, selon les épidémies et les cas particuliers les types continus-rémittents ou intermittents; quotidiens, double-tierces ou hémitritées. La connaissance de ce caractère se retrouve à l'origine de leur histoire traditionnelle; elle n'a donc rien de nouveau et d'inusité. Il n'y a rien de nouveau également dans l'assimilation qu'on en a faite avec les maladies paludéennes.

Les causes expérimentales, c'est-à-dire appréciables par l'observation, sous l'influence desquelles elles se développent, ne permettent pas de les confondre avec ces dernières. Ces causes particulières expliquent comment les affections catarrhales, tout en étant habituellement justiciables du quinquina, et spécialement du sulfate de quinine, par leur marche périodique, ne le sont pas aussi nécessairement ni aussi facilement que les affections d'origine maremmatique. Elles peuvent imprimer aux affections catarrhales des

caractères de ténacité et de fixité qui leur impriment les allures de la continuité, et qui résistent au quinquina, lors même qu'elles conservent les apparences de la périodicité. L'histoire des constitutions médicales et même des épidémies générales le prouve surabondamment.

Les affections catarrhales n'ont donc pas une méthode de traitement spécifique et uniforme. On les guérit en remplissant les indications simultanées ou successives qui se présentent dans leur cours.

L'épidémie que nous traversons prouve qu'une des conditions qui rendent les affections catarrhales moins impressionnables et quelquefois même réfractaires au sulfate de quinine, peut consister dans un éréthisme inflammatoire qui a sans doute pour origine la prédominance générale du froid, au milieu des autres conditions propres à les engendrer.

Quelle que soit la valeur de cette détermination morbide, de cette indication du sel ammoniac, et sans rien préjuger de ce qu'apprendra une observation ultérieure, il résulte des faits observés dans la constitution médicale actuelle que l'hydrochlorate d'ammoniaque peut devenir un succédané utile du sulfate de quinine dans le traitement des affections catarrhales.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Recherches cliniques sur l'application de l'iodoforme au traitement du cancer de l'utérus, des maladies de la vessie et de la prostate;

Par M. Demarquay, chirurgien de la Maison de santé.

Depuis longtemps la sagacité des praticiens est en défaut, dès qu'il s'agit de cancer utérin, d'une affection de la vessie ou d'une maladie de la prostate; depuis longtemps aussi, le nombre des médicaments tour à tour employés pour combattre ces divers états ne fait qu'augmenter, sans porter le plus souvent atteinte à la marche du mal. Nous fournissons aujourd'hui notre tribut d'efforts en publiant les résultats obtenus par l'application de l'iodoforme.

C'est à Serullas que nous sommes redevables de la découverte de l'iodoforme. Ce composé, que la chimie reconnaît depuis 1822, se présente sous la forme de paillettes ou écailles cristallines, d'une belle couleur citrine, d'une odeur safranée, d'une saveur aromatique

et sucrée. Il est légèrement soluble dans l'eau et facilement soluble dans l'alcool et l'éther. Sa composition, déterminée par M. Dumas, est représentée par la formule C^2HI^3, en équivalents. Quant à sa préparation, M. Bouchardat indique le procédé suivant: on prend *deux parties d'iode, deux parties de carbonate de potasse, quinze parties d'eau et cinq parties d'alcool*; on mêle le tout dans un matras, que l'on place dans un bain-marie, dont on élève successivement la température, pour favoriser la réaction; quand la liqueur est décolorée, on ajoute une demi-partie d'iode; on chauffe de nouveau et on renouvelle l'addition de l'iode tant que les liqueurs se décolorent; quand on a dépassé ce terme, on ajoute quelques gouttes de solution de potasse caustique pour décolorer la liqueur; on filtre et on lave le précipité, qui n'est autre que l'iodoforme. En faisant évaporer les eaux mères, on obtient une grande quantité de cristaux d'iodure de potassium.

Ainsi découvert et étudié, ce corps, auquel M. Bouchardat avait prédit un grand avenir comme composé anesthésique local, est tombé dans le plus parfait oubli, en France, du moins, jusqu'en 1855. A cette époque, et dans son *Traité d'iodothérapie*, M. Boinet nous dit « qu'il existe bien encore quelques combinaisons d'iode, mais que, comme elles ne sont plus employées ou ne le sont que très-rarement, il se contente de les rappeler : ce sont l'iodure d'amidon et l'iodoforme. »

Il faut arriver ensuite aussitôt en 1866 pour avoir quelques renseignements un peu plus précis. Par une simple mention, MM. Bouchut et Després (*Dictionnaire de Thérapeutique*) écrivent que ce médicament est employé à la dose de 5 à 50 centigrammes par jour, dans la scrofule, dans le rachitisme, le goître, la syphilis et la phthisie.

Mais c'est surtout à l'étranger que nous puisons des indications positives sur la thérapeutique de cet agent. Avant d'en faire connaître les résultats, jetons un coup d'œil sur l'action physiologique de ce composé.

Si l'on prend, à plusieurs reprises, comme l'a fait M. Maître, 30 et 40 centigrammes d'iodoforme, aucun symptôme particulier ne se manifeste; on remarque seulement un peu d'augmentation de l'appétit. Deux heures après l'ingestion, on constate la présence de l'iode dans l'urine et dans la salive, et il faut près de trois jours pour que tout soit éliminé. Pendant ce long intervalle de l'élimination de l'iodoforme, il pénètre dans tous les organes, comme le démontre l'analyse chimique. De même que l'iodure de potassium, il

est éliminé par la sécrétion lactique, et l'expérience dans laquelle on a fait prendre à une chienne, allaitant deux petits, 10 centigrammes d'iodoforme dissous dans 10 grammes d'huile d'amandes douces, pendant une semaine et deux fois par jour, a décelé la présence de l'iode dans les urines et le lait de la mère, une heure après l'administration, et, quatre heures après, dans l'urine des petits. Cette expérience a, de plus, prouvé que, dissous au préalable dans un véhicule convenable, il est absorbé plus promptement qu'à l'état solide.

Si on le donne à une dose élevée, plusieurs grammes, par exemple, il détermine rapidement des symptômes qui semblent se rapprocher des accidents produits par l'absorption des narcotiques. On observe alors deux périodes bien distinctes : la première est caractérisée par un abattement plus ou moins prononcé et une sorte d'ivresse ; l'animal marche en chancelant ; il penche à chaque instant sur un côté ; sa tête alourdie retombe à terre, dès qu'on ne la soutient plus ; il n'y a pas de vomissement et l'appétit disparaît. Le lendemain, ces accidents ont fait place à l'état normal, à moins qu'une trop forte dose d'iodoforme n'amène la seconde période. Celle-ci se caractérise alors par des symptômes d'excitation d'une intensité remarquable ; la respiration est anxieuse, agitée ; le pouls, fort et bref ; il se manifeste un véritable opisthotonos, quelquefois très-prononcé ; des mouvements convulsifs occupent les pattes de devant et surtout de derrière ; les animaux recherchent l'obscurité, et leur haleine est fortement chargée d'odeur d'iodoforme. L'autopsie ne rend nul compte de ces phénomènes, et la seule chose qui frappe, à l'ouverture de l'animal empoisonné par l'iodoforme, c'est l'odeur caractéristique de ce composé qui s'exhale du corps au moment où le scalpel en attaque les parties, quel que soit l'organe qu'on examine. On retrouve l'iode dans tous les viscères, dans tous les produits de sécrétion et jusque dans les poils, ainsi qu'on l'a constaté sur un cochon d'Inde et dans les plumes d'un canard (expérience de M. Maître).

Quant à la dose nécessaire pour faire succomber les animaux, elle a varié de 2 grammes pour un cochon d'Inde à 4 grammes pour un chien de moyenne grosseur.

En présence de tels phénomènes, il était rationnel d'utiliser ce médicament et on devait tout d'abord songer à l'anesthésie, vu son analogie de composition avec le chloroforme. M. Bouchardat d'abord, M. Righini ensuite, se sont occupés de cette question. Celui-ci sur les sangsues, celui-là sur les poissons, tous deux ont constaté les propriétés anesthésiques très-prononcées de ce corps ;

cependant ils ont remarqué que les vapeurs d'iodoforme ne paraissent avoir ces mêmes propriétés anesthésiques sur les mammifères que lorsqu'il est administré à l'état solide; des expériences viennent à l'appui de ce fait. De plus, indépendamment de l'anesthésie générale, manifestement reconnue à l'iodoforme, à un degré moindre, il est vrai, quc pour le chloroforme, ce médicament a une action très-prononcée sur les organes avec lesquels il est directement en contact.

M. Morétin a constaté, à ce sujet, que si l'on introduit dans lc rectum l'iodoformc sous forme de suppositoire, il se produit une anesthésie tclle que, lorsque l'acte de la défécation s'accomplit, on n'a nullement conscience de ce phénomène physiologique.

M. Maître cite encore, à l'appui de l'anesthésie locale de l'iodioforme, le calmc ct la sensation de bien-être qui résultent d'une applicatiou de topique iodoformé sur des tumeurs cancéreuses ulcérées.

Righini et Bouchardat partagent égalcment cette manière de voir.

Dans la séance du 3 janvier 1866 de la Société obstétricale de Londres, le docteur Eastlake donnait lecture d'une note sur quelques points de thérapeutique utérine. A ce propos, et après avoir attiré l'attention sur la résine de podophyllum, il s'est appesanti sur l'iodoforme, comme sédatif, dans le cas de cancer de l'utérus. Le médicament a, entre ses mains, obtenu de grands succès comme topique, au moyen de pessaires médicamenteux. Les effets produits ont toujours été, dit-il, une diminution marquée du malaise et de la douleur.

Désireux de voir par lui-même, M. Greenhalgh a aussi mis à contribution cette substance. Il l'a employée comme anesthésique et comme altérant, mais à l'intérieur, la prescrivant tout d'abord à la dose d'un quart de grain. Il a bientôt reconnu qu'il pouvait élever les doses [1] à 3 et 5 grains, trois fois par jour, et il a pu ainsi obtenir d'heureux résultats, dans le cas de carcinome et de tumeur épithéliale de l'utérus. Cet auteur n'a point borné là l'action de ce médicament; il en a étendu l'usage à d'autres maladies, telles que le rhumatisme goutteux, les névralgies et autres affections douloureuses, et, dans le plus grand nombre de cas, il dit en avoir obtenu de très-bons effets. Il faut cependant avoir soin, ajoute-t-il, de ne jamais le donner à trop forte dose d'un seul coup, car alors il dé-

---

(1) 15 grains anglais équivalent à 97 centigrammes.

termine des nausées et des vomissements; dans le cas contraire, il est exempt de toute espèce d'inconvénients; bien plus, il a l'avantage de ne donner lieu à aucun de ces symptômes fâcheux qui suivent si souvent l'administration de l'opium.

Suivant cet auteur, l'iodoforme remplit donc deux indications : 1° il diminue la douleur causée par le cancer; 2° il a un pouvoir désinfectant assez considérable. Il aurait, en outre, l'heureuse propriété d'enrayer la marche de la maladie.

Malheureusement, il ne paraît pas en être ainsi, au dire de M. Nunn, de *Middlesex hospital.* D'après les conseils des deux auteurs précédents, M. Nunn, ayant fait l'application de l'iodoforme à divers cas de cancer, d'épithélioma de l'utérus, des lèvres, de la langue, et à quelques cas de névralgie faciale, n'a pu arriver à de si heureuses conclusions. De ses expérimentations, assez nombreuses, il a conclu que, si l'iodoforme localement appliqué agit assez bien pour diminuer la douleur; pris à l'intérieur, c'est un agent des plus infidèles; et qu'en donnant, par jour, 25 centigrammes d'iodoforme, on n'obtient pas une sédation plus grande qu'avec 5 centigrammes, mais qu'on a le désagrément de provoquer des nausées. Il est vrai de dire, pour apprécier la valeur thérapeutique de ce médicament, qu'il faut tenir compte de cette circonstance, à savoir, que la plupart des malades de M. Nunn étaient déjà habitués à l'usage de la morphine.

Les résultats que cet auteur a obtenus peuvent se résumer ainsi :

N° 1. Quarante-six ans; cancer de la région pelvienne; trois pilules contenant chacune un grain d'iodoforme : *douleur un peu diminuée.*

N° 2. Cinquante ans; cancer utérin; trois pilules de deux grains; *pas d'effet.*

N° 3. Quarante-six ans; cancer utérin; trois pilules d'un grain; *douleur diminuée.*

N° 4. Quarante ans; cancer de la région pelvienne; trois pilules d'un grain; *pas d'effet.*

N° 5. Quarante-deux ans; cancer utérin; perforation de la vessie; trois pilules de deux grains : *pas d'effet.*

N° 6. Trente-quatre ans; cancer utérin; perforation de la vessie; trois pilules d'un grain : *diminution marquée de la douleur*, disposition à dormir.

N° 7. Quarante-sept ans; cancer utérin; perforation de la vessie; trois pilules de deux grains : *un peu de soulagement.*

N° 8. Soixante et un ans; cancer de la lèvre; trois pilules d'un grain : *pas d'effet.*

N° 9. Cinquante-six ans; cancer à la joue droite; glandes sous-maxillaires engorgées; application extérieure d'un mélange composé d'un scrupule d'iodoforme et d'une once de spermaceti (1/24 de substance active) : *diminution de la douleur.*

Enfin M. Bouchardat, dans l'étude qu'il a faite de l'action des poisons sur les plantes et sur les animaux aquatiques, a constaté que l'iodoforme avait une action aussi rapide que passagère, et il a déclaré que l'iodoforme devrait occuper le premier rang parmi les anesthésiques locaux. Il pense qu'une dissolution saturée d'iodoforme dans le chloroforme pourrait rendre de grands services contre la douleur; mais ce mélange, qui est très-irritant, doit être employé avec réserve.

M. Morétin a, dans ces derniers temps, employé avec succès le collodion iodoformé.

Jusqu'ici nous n'avons parlé que des propriétés anesthésiques de l'iodoforme, parce que ce n'est qu'à ce point de vue que nous désirons faire connaître le résultat de nos observations. Cependant nous devons dire, en passant, que Righini, le professeur d'Oleggio, lui a accordé une propriété antiseptique très-marquée; que, de plus, grâce à la grande proportion d'iode qu'il contient (les 9/10 environ), il a été administré, à l'intérieur, dans tous les cas où l'iode trouvait son application.

C'est à ce dernier titre, de résolutif, que M. Morétin l'a employé dans les engorgements chroniques de la prostate, engorgements qu'il fait disparaître au moyen d'un suppositoire introduit dans le rectum.

Depuis longtemps déjà, les médecins allemands l'avaient vanté dans les maladies de la peau. Lightfield et Glower l'avaient administré avec succès dans l'eczéma chronique, la lèpre et le psoriasis.

Enfin Aran l'a appliqué au traitement des maladies syphilitiques.

Nous trouverions encore d'autres exemples à citer, si nous ne voulions borner notre travail à une portion de la thérapeutique de cet agent. Nous nous hâtons donc de faire connaître le résultat de nos propres expériences.

A la fin de l'année dernière, frappé des résultats heureux que quelques chirurgiens anglais disaient obtenir, dans le traitement du cancer, au moyen de l'acide citrique et de l'acide acétique, em-

ployés en lotions et en injections, nous avons fait un assez grand nombre d'expériences; nous avons acquis la certitude que non-seulement l'acide acétique et l'acide citrique, en lotions et en injections, ne guérissent pas, mais que, de plus, ils sont douloureux dans leur application et même nuisibles. La théorie microscopique sur laquelle repose cette thérapeutique est, en effet, par trop hypothétique.

Mais si ces deux acides sont sans action heureuse, il n'en est plus de même de l'iodoforme, dont nous avons indiqué plus haut les divers essais auxquels il a donné lieu. Nous ne l'avons point administré à l'intérieur, et c'est surtout comme topique que nous l'avons employé : 1° dans le cancer de l'utérus; 2° dans les maladies de la vessie et de la prostate.

C'est sous forme de suppositoire au beurre de cacao qu'il a été appliqué, incorporé à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme, pour quantité suffisante de beurre de cacao.

Ces suppositoires ont été portés dans le rectum, dans le cas de maladies de la vessie ou de la prostate, le soir, au moment où le malade se couche; ou dans le vagin, bien au contact du mal, dans le cas de carcinome ou d'épithélioma de l'utérus. Un tampon de coton, placé à l'entrée du vagin, empêche, dans ce dernier cas, que la substance ne s'écoule au dehors. Lorsque le cancer a creusé une cavité, c'est au milieu de cette cavité qu'il faut poser le remède, afin que le mal en soit bien imprégné.

Ainsi incorporé au beurre de cacao, l'iodoforme constitue un corps assez dur, dont le premier contact peut bien être assez douloureux; mais on pourrait sans doute, et avec avantage, l'incorporer au beurre ordinaire.

Quant aux résultats que nous avons obtenus, les effets physiologiques ont été peu marqués, et cependant le médicament se retrouve abondamment sous forme d'iode, dans la salive et les urines, qu'il ait été introduit dans le rectum ou dans le vagin.

Quelques malades affectés de *prostatite*, d'*inflammation du col de la vessie*, m'ont dit s'en être bien trouvés; mais je ne saurais me prononcer d'une manière assez certaine. Les résultats ont souvent été contradictoires; c'est donc une chose à revoir et à poursuivre.

Mais il n'en est plus de même pour le cancer ulcéré du col. Plusieurs malades, en ville et à la maison de santé, s'en sont très-bien trouvés, et cela d'une manière continue. L'application du suppositoire à l'iodoforme a calmé la douleur, sans apporter obstacle

aux fonctions organiques; le ballonnement du ventre, si commun dans les affections utérines, est tombé avec la cessation des douleurs; le bien-être a continué tant que l'agent a été employé; il a cessé avec lui, pour revenir de nouveau avec son emploi.

Ces faits, plusieurs fois constatés, dans le cas de cancer de l'utérus, se sont retrouvés dans les cas de cancer ulcéré du rectum. Toutefois, il est juste de dire que, dans certains cas de cancer de l'utérus enflammé, le contact des suppositoires a été très-douloureux, assez douloureux même, dans les premiers instants, pour que les malades aient demandé la cessation de l'emploi du médicament. Mais le plus souvent, la première impression de cuisson passée, les malades se sont très-bien trouvés de l'usage de cet agent.

Afin de nous rendre compte de ce fait, nous avons saupoudré des plaies ordinaires, récentes, vives, avec de la poudre d'iodoforme. Dans ce cas, nous avons déterminé de la douleur, de la chaleur, de la cuisson surtout. Lorsque, au contraire, nous avons fait l'application de cette même poudre d'iodoforme sur des plaies anciennes et non irritées, la douleur ne s'est point montrée.

Il en résulte donc ce fait, digne de remarque, que l'iodoforme ne serait pas applicable dans tous les cas. Quand la plaie cancéreuse sera très-vive ou enflammée, ainsi que les parois vaginales, il ne faudra pas songer à l'emploi de ce corps; mais, dans le cas contraire, il sera appelé à rendre de grands services. Bien supérieur à l'opium, car l'iodoforme par son iode est un modificateur de l'économie, il n'en présente pas les inconvénients; il ne trouble point les fonctions de l'organisme et particulièrement les fonctions digestives. Les malades soumis à l'iodoforme sont calmes et nullement absorbés.

Aussi, pour ces raisons diverses, nous croyons que l'iodoforme peut rendre de notables services, surtout dans le carcinome de l'utérus et du rectum, et dans certains cas d'accidents douloureux dépendant de la vessie ou de la prostate. Nous faisons cependant une restriction; elle est relative au degré d'acuité de la surface ulcérée sur laquelle doit avoir lieu l'application iodoformée. L'expérience dans laquelle nous avons saupoudré deux plaies ordinaires avec de la poudre d'iodoforme doit nous mettre en garde contre les résultats malheureux qu'ont dû obtenir certains expérimentateurs, et M. Nunn en particulier: peut-être même pourrait-elle expliquer ces faits. Toujours est-il qu'il y a encore là un vide à combler, un sujet d'études à perfectionner et de curieuses observations à poursuivre.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Note sur le goudron et ses meilleures préparations médicales en pharmacie [1];

Par M. ADRIAN, pharmacien.

La connaissance des propriétés thérapeutiques des produits retirés du pin maritime, et du goudron en particulier, remonte aux temps les plus reculés. Sous le nom d'*eclegme antiphthisique*, Hippocrate prescrivait un électuaire composé de graines de pin, de galbanum et de miel. Plus tard, toutes les matières résineuses des conifères furent essayées, et le goudron paraît avoir obtenu la préférence; c'était le *Pitta* de Théophraste, le *Pissa orya* de Dioscoride et le *Pix liquida* de Pline.

Parmi toutes les recettes qui furent mises en usage dans l'antiquité pour rendre potables la térébenthine, la poix, la résine, le goudron, le vin paraît avoir été choisi comme le véhicule le plus propre à dissoudre tous les produits des conifères. En consultant les pharmacopées des temps modernes, on y trouve différentes préparations vantées contre la phthisie, telles que l'extrait de bourgeons de sapin, la bière sapinette d'Hoffman, l'émulsion de pignons, les pilules de goudron de Cullen, etc. Ce n'est que vers la fin du dix-huitième siècle que Berkeley reconnut que l'eau seule suffit pour dissoudre les principes balsamiques antiseptiques du goudron.

C'est depuis les observations de cet illustre philosophe que l'*eau de goudron* fut généralement admise dans la matière médicale. Le Codex de 1837 en donna la formule, et celui de 1866, en consacrant cette préparation, ajouta le sirop, la pommade, le glycéré, comme étant les compositions du goudron nécessaires pour répondre à tous les besoins de la médecine.

Malgré cette décision encore toute récente, quelques praticiens, s'appuyant sans doute sur la difficulté de manier le goudron naturel, ont cherché à le faire entrer dans différentes combinaisons chimiques. Les uns recommandent, sous les noms de *liqueur concentrée*, ou d'émulsion, ou d'extrait fluide de goudron, sa combinaison avec la soude ou la potasse. Les autres, au contraire, vou-

---

[1] Lue à la Société de Thérapeutique dans sa séance du 3 mai 1867.

draient que le goudron fût traité à l'avance par l'acide nitrique, et que le produit résultant de cette action fût le seul employé pour la préparation de l'eau de goudron. Comme l'eau que l'on obtient dans ce dernier cas possède une odeur qui se rapproche de la térébenthine, ils donnent à cette liqueur le nom de *pittine*.

Sans partager l'avis de Berkeley, qui voyait dans l'eau un agent capable de ne prendre que la partie médicamenteuse du goudron et de laisser la partie nuisible, n'est-il pas utile de rechercher si l'eau de goudron officinale diffère des liqueurs obtenues, soit avec les solutions alcalines, soit avec la matière provenant de l'action des acides ?

En effet, nous ne croyons pas, devant les avantages que le médecin retire aujourd'hui des préparations définies, titrées, d'une composition toujours constante, qu'on puisse admettre des préparations essentiellement différentes de celles que l'usage a consacrées, sans qu'à l'avance des faits thérapeutiques bien établis en aient constaté les avantages et l'efficacité.

Avant de chercher à démontrer la différence qui peut exister entre l'eau de goudron préparée par le simple contact de l'eau et celle qu'on obtient soit avec la liqueur concentrée alcaline de M. Guyot, l'émulsion au carbonate de soude de M. Jeannel, l'extrait fluide alcalin de M. Estragnat, et la pittine de M. Besse, examinons la composition des goudrons et la différence qui existe entre les diverses sortes que fournit le commerce.

De tout temps le goudron a été le produit d'une combustion incomplète des tronçons ou copeaux des tiges et des branches de pin et de sapin qui ne sont plus aptes à fournir la térébenthine.

Le choix du bois, l'épuisement plus ou moins avancé qu'il a subi, son état de sécheresse et d'humidité, les soins apportés dans la conduite de l'opération, sont autant de causes qui peuvent faire varier le goudron dans sa densité, sa consistance, sa viscosité, en un mot, dans sa composition.

On distingue aujourd'hui quatre sortes de goudron, qui présentent entre elles des différences plus ou moins grandes :

1° Le goudron de Norwége, qui nous arrive sous trois états : liquide, semi-liquide et presque solide.

Le premier est très-chargé d'acide pyroligneux, d'huile essentielle et d'une certaine quantité de matière résineuse tenue en dissolution.

La partie semi-liquide renferme beaucoup plus de matière rési-

neuse, et une moins grande proportion d'huile essentielle et d'acide acétique.

Le goudron solide est presque entièrement composé de matière résineuse très-altérée; il renferme très-peu de principes volatils et d'acide acétique.

2° Le goudron des Landes est toujours plus uniforme; on dirait que toutes les parties sont mélangées à dessein pour former un tout homogène. En effet, on ne remarque pas, comme dans le précédent, une différence aussi tranchée entre les barils provenant d'une même production. Cependant, le goudron des Landes obtenu pendant l'été ne ressemble pas à celui qui est fabriqué dans la saison d'hiver. Le premier est homogène, lisse, visqueux, d'une couleur blonde; il coule assez facilement. Le second est grenu, plus noir et beaucoup plus épais. Cette différence tient très-probablement à l'humidité que le bois conserve; la température est plus élevée et la combustion de la matière résineuse plus complète.

3° Sous le nom de *goudron de bois*, on trouve aussi dans le commerce un autre produit que l'on mélange souvent au goudron de pin maritime. C'est le produit de la distillation du hêtre, du chêne, du peuplier, tous arbres qui n'ont aucune ressemblance avec les conifères, mais qui sont exploités avantageusement pour la préparation de l'acide acétique.

4° Le goudron minéral est si différent des précédents par sa composition et ses propriétés thérapeutiques qu'on ne peut encore établir de véritable comparaison entre eux.

Malgré la réputation dont jouit le goudron de Norwége depuis si longtemps, nous pensons qu'on devrait aujourd'hui accorder la préférence à celui qui est fabriqué dans les Landes pendant la saison d'été, parce qu'il présente un produit plus uniforme et plus constant dans sa composition.

Le choix du goudron étant fait, examinons les différentes préparations dont il est la base.

De l'eau de goudron. — Le Codex de 1837 recommandait de préparer l'eau de goudron par le contact prolongé, pendant dix jours, de 15 kilogrammes d'eau froide sur 500 grammes de goudron.

En nous reportant sur ce que nous avons dit précédemment de la différence de composition des goudrons, et en tenant compte du pouvoir dissolvant de l'acide acétique pour les matières résineuses, il est inutile d'insister pour montrer que cette préparation devait

être toujours variable et renfermer une plus ou moins grande quantité de résine en dissolution.

Aussi ne faut-il pas s'étonner de l'intolérance de ce médicament chez un grand nombre de malades.

M. le professeur Guibourt, qui depuis longtemps avait fait cette observation, recommandait de laver préalablement le goudron, afin de lui enlever tout l'acide pyroligneux qu'il peut contenir.

Le Codex de 1866 a adopté cette modification, ou du moins ce mode de faire qui semble avoir été mis en usage par les anciens.

En effet, Dioscoride avait reconnu que cette précaution était indispensable, puisqu'il faisait laver le goudron d'abord avec de l'eau de mer ou de l'eau salée, puis avec de l'eau pure, jusqu'à ce que le goudron fût suffisamment purifié, et que le liquide provenant de ces lavages fût incolore.

Si, avant de faire servir le goudron à la préparation de l'eau, on le lave, soit à l'eau froide soit à l'eau tiède, jusqu'à ce que les dernières traces d'acide acétique soient enlevées, le liquide que l'on obtient n'en possède pas moins une réaction acide ; mais sa saveur est plus douce, son odeur plus supportable, et les malades l'acceptent avec moins de répugnance. C'est donc par un acide particulier ou par une résine acidifiée contenue dans le goudron que l'eau acquiert ses propriétés thérapeutiques.

Il faut que l'action de ce principe résineux soit assez puissante, puisque 100 grammes d'eau n'en contiennent que 4 centigrammes ; et, malgré cette faible proportion, les malades la supportent avec difficulté.

La liqueur concentrée de goudron de M. Guyot et l'émulsion de M. le docteur Jeannel donnent-elles une eau de goudron qui jouisse des mêmes propriétés thérapeutiques que celle du Codex ?

Pour éviter les inconvénients qu'on rencontre dans la préparation de l'eau de goudron, M. Guyot a proposé une liqueur concentrée de goudron. Pour obtenir cette solution, il sépare d'abord par distillation la partie aromatique du goudron, puis il combine la partie résineuse avec le carbonate de soude, et enfin il réunit le tout.

M. le docteur Jeannel, considérant ces différentes opérations comme inutiles, recommande de triturer 10 grammes de goudron avec 10 grammes de carbonate de soude et d'émulsionner ce mélange avec un litre d'eau. On a ainsi, selon ce savant praticien, une liqueur qui peut servir à tous les emplois du goudron. L'eau

préparée avec cette émulsion, dit-il, est mieux supportée par les malades.

Nous voudrions nous en rapporter entièrement à l'expérience de M. le docteur Jeannel; cependant, nous craignons que cette eau ne puisse être comparée, par ses effets thérapeutiques, avec l'eau de goudron des pharmacies.

Une première objection, en effet, se présente à nous tout d'abord. Depuis que l'eau de goudron est usitée en médecine, tous les auteurs s'accordent à dire que la réaction est acide. Est-ce à un acide particulier, comme l'acide phénique, par exemple, ou à un principe acide provenant de l'oxydation de la résine? Peu importe; ce que l'on constate, c'est que, quel que soit le lavage du goudron, l'on a toujours une réaction acide qui n'est pas due à l'acide acétique.

Or, tout dernièrement, M. Gubler annonçait que de nombreuses observations lui faisaient croire que le baume de copahu n'agissait que par sa partie résineuse, l'acide copahivique. S'il en est ainsi, dans ce cas, l'eau de goudron préparée avec des solutions alcalines doit avoir des propriétés thérapeutiques différentes ou nulles. Car il me semble qu'en recommandant de saturer l'acide du goudron ou sa résine acidifiée par le carbonate de soude, on commet la même faute que de conseiller la saturation de l'eau de Rabel (acide sulfurique alcoolisé) par les alcalis. Dans le premier cas, on a un médicament styptique qui ne peut être supporté qu'à la dose de quelques grammes; dans le second, on a un sel purgatif, le sulfate de soude.

La matière résineuse obtenue par l'action de l'acide nitrique sur le goudron peut-elle donner une liqueur aqueuse semblable à l'eau de goudron?

Lorsqu'on traite le goudron par l'acide nitrique, il se produit une vive effervescence, et il se dégage une grande quantité d'acide hypoazotique. On obtient comme produit de réaction une substance résinoïde, brune, d'une odeur particulière se rapprochant de la térébenthine et de l'acide nitrique tout à la fois. Elle se dissout faiblement dans l'eau en donnant une liqueur jaune ambrée, fortement acide.

L'action de l'acide nitrique, le dégagement de gaz acide hypoazotique prouvent qu'il y a dans cette réaction une décomposition bien évidente de l'huile essentielle et des principes résineux, lesquels doivent éprouver les mêmes modifications que subissent la colophane et les autres produits résineux semblables. Les liqueurs ainsi obtenues ont bien, comme la véritable eau de goudron, une réaction acide, mais rien ne prouve que les nouveaux produits de transfor-

mation conservent les mêmes effets thérapeutiques que ceux qui caractérisent le goudron naturel.

Nous croyons pouvoir conclure de ce qui précède que les préparations par lesquelles on a cherché de nos jours à remplacer l'eau de goudron ne répondent pas, par leur composition chimique, aux propriétés thérapeutiques que la pratique a le droit d'en attendre. Car, pour nous, il est évident que les alcalis, comme les acides, modifient les qualités résineuses et balsamiques qui sont la base du médicament.

Si la dissolution du goudron dans l'eau à l'aide des alcalis ne peut servir, selon nous, pour la préparation de l'eau de goudron, la pratique médicale en retirera, sans doute, quelques avantages dans l'emploi du goudron comme topique. Il importe donc que le médecin ait à sa disposition une liqueur renfermant sous un petit volume une grande proportion de goudron, qu'il puisse connaître et varier à volonté. Les formules proposées par M. Guyot et par M. le docteur Jeannel répondent suffisamment à ces différents besoins; cependant nous pensons qu'elles pourraient être modifiées avantageusement par celle que nous allons indiquer, parce qu'elle fournit une solution plus claire, plus limpide, et qui contient une plus grande quantité de goudron pour une moindre proportion de soude.

Solution alcaline concentrée de goudron.

Goudron choisi....................................	100 gr.
Soude liquide à 36 degrés........................	50
Eau..	850

Cette formule donne une liqueur colorée d'une limpidité parfaite, se conservant indéfiniment sans laisser déposer ni séparer aucune partie du goudron. Elle peut être étendue d'eau à volonté. La proportion de 100 grammes de goudron pour un litre d'eau nous semble donner une solution suffisamment concentrée pour tous les besoins de la médecine.

Est-ce là le desideratum cherché ? Non; M. le docteur Jeannel l'a dit lui-même. En rendant justice au coaltar saponiné de M. Lebeuf, il faudrait, a-t-il ajouté, que le goudron pût être émulsionné comme le coaltar avec une substance neutre. En effet, toute la question est là, puisqu'en résolvant ce problème on conserverait au goudron toutes ses propriétés naturelles.

La solution demandée par M. Jeannel n'est pas impossible : il suffit, pour la résoudre, de chercher dans les moyens les plus simples que nous offre la pratique journalière de la pharmacie. Le

jaune d'œuf fournit le meilleur agent de division du goudron : l'émulsion qu'on obtient se mélange à l'eau en toute proportion, elle se conserve plusieurs mois sans s'altérer, son odeur caractéristique prouve que le goudron n'est en rien modifié et qu'il a conservé ses propriétés balsamiques, aromatiques, antiseptiques.

Emulsion de goudron végétal.

Goudron choisi....................................	100 gr.
Jaune d'œuf, nº 1..............................	150
Eau..	750

Divisez le goudron à l'aide du jaune d'œuf; ajoutez l'eau par portions. Cette émulsion, qui contient, comme la précédente, 100 grammes de goudron par litre, peut s'étendre d'eau et servir aux injections, lavages, etc.

On sait qu'il est impossible de diviser même la plus petite proportion de goudron dans la glycérine, mais, à l'aide d'un jaune d'œuf, on peut arriver, au contraire, à mélanger ces deux substances en toute proportion et obtenir ainsi une véritable pommade.

Goudron glycériné.

Goudron..	150 gr.
Jaune d'œuf, nº 1..............................	150
Glycérine......................................	300

Ce mélange, qui a la consistance d'une pommade, a l'avantage de pouvoir s'étendre d'eau et de ne pas adhérer à la peau comme la pommade au goudron. Puissent ces différentes formules faciliter l'emploi du goudron, qui est aujourd'hui si généralement utilisé en médecine, et notre but sera atteint !

Dans un prochain travail, nous publierons quelques observations sur les vapeurs de goudron et leur introduction dans les organes respiratoires.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Sur le rétroceps.

MONSIEUR ET TRÈS-HONORÉ CONFRÈRE,

Je ne sais si je dois me féliciter d'avoir contribué, par mon article inséré l'année dernière dans votre estimable journal, à la présentation à l'Académie de médecine de l'instrument si précieux de

notre confrère Hamon. Quoi qu'il en soit, je ne sais à quoi attribuer la rareté des communications obstétricales faites par les médecins possesseurs du rétroceps.

Pour les encourager, comme aussi pour montrer aux autres les ressources de cet instrument, permettez-moi de vous rapporter les signalés services qu'il vient de me rendre dans un cas de présentation de la face. Cette position de l'enfant, redoutable à tout homme de l'art, n'admet que trois manœuvres : la version, l'application du forceps et, en dernier lieu, la crâniotomie. Il est bien vrai que quelques accoucheurs abandonnent le travail à la nature : c'est Boer, je crois, qui le premier a préconisé cette méthode, dont j'ai eu moi-même à me louer déjà deux fois. Mais il faut convenir qu'en général rien n'est plus difficile que de se rendre un compte exact des difficultés que l'on rencontrera; et, partant, du choix rationnel de telle ou telle manœuvre.

Après ces préliminaires, voici une observation que j'ai été à même de faire ces jours-ci : on verra avec quelle facilité j'ai pu vaincre des difficultés, insurmontables sans le forceps asymétrique.

Une sage-femme est appelée près d'une femme qu'elle juge au commencement du travail, parce qu'au toucher il lui est impossible d'atteindre au museau de tanche, et comme on l'avait mandée en même temps pour une autre femme du même village, elle s'y rendit en disant à la première de patienter.

Environ trois heures après, elle retourna chez la femme X***, et reconnut une présentation de la face. Le mari partit aussitôt à ma recherche; cependant, comme la distance est d'environ six kilomètres, il se passa encore plus de trois heures avant que je pusse me rendre sur les lieux.

Je trouvai une femme bien constituée, à terme de sa quatrième grossesse, mais exténuée et se plaignant de douleurs d'autant plus atroces, qu'elle en sentait l'inefficacité. Elle parlait de mourir, et le prêtre avait donné ordre qu'on le prévînt de mon arrivée.

Au toucher, je sentis une face tellement gonflée, et les parties de la mère tellement endolories, que je ne savais réellement à *quelle position de la face* j'avais affaire. Toutefois, raisonnant que la présentation O I G est de beaucoup la plus fréquente, et que celle de la face n'est en réalité que cette même présentation modifiée en ce sens que la tête, en s'étendant, glisse un peu trop, et présente par conséquent un autre segment, je conclus que j'avais devant moi une présentation M I D A, et j'agis en conséquence, c'est-à-dire que je commençai par placer la cuiller basculante dans le côté latéral et

postérieur du bassin (cela a été le temps le plus difficile de l'opération). La seconde cuiller se plaça comme d'elle-même vers le côté opposé. J'eus soin de bien articuler mon instrument, dont je saisis le manche à pleine main droite, et lui imprimai un mouvement de rotation sur son axe : ce qui amena le menton sous le pubis. Une fois la tête réduite, je l'attirai au dehors, au grand contentement de toute l'assistance, et surtout de la pauvre femme, qui se trouva mal, après m'avoir crié : « Vous êtes mon sauveur ! »

Pour bien comprendre ce qu'on vient de lire, il faut se rendre compte de l'immense différence qui existe entre le forceps ordinaire et le rétroceps. S'il m'avait été possible de me servir d'une de mes mains pour réduire la tête, je n'aurais certes pas agi autrement que je n'ai fait : eh bien, pour qui examine la cuiller du forceps asymétrique, la comparaison de l'action de cet instrument à celui de nos agents naturels de préhension est frappante.

Voilà près d'un an que je me sers de cet instrument. Treize fois il m'a rendu des services aussi grands que dans l'observation qui précède, c'est pourquoi je voudrais le voir entre les mains de tous mes confrères.

Veuillez agréer, monsieur et honoré confrère, l'assurance de toute ma considération. E. Lambert, Dr M.

Gœtzenbruck (Moselle).

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons sur la physiologie générale et comparée du système nerveux, faites au Muséum d'histoire naturelle, par A. Vulpian, chargé, comme suppléant, du cours de physiologie comparée au Muséum d'histoire naturelle, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, lauréat de l'Institut (prix de physiologie expérimentale), membre et ancien président de la Société philomathique, membre et ancien vice-président de la Société de biologie, membre de la Société anatomique.

Plus d'une fois déjà, nous avons eu occasion d'exprimer les espérances qu'on peut légitimement fonder sur l'application de la méthode expérimentale, telle qu'on l'entend aujourd'hui, à l'élucidation des grands problèmes de la biologie. Malgré les protestations que faisait naguère entendre, à cet égard, une voix autorisée, la lecture attentive du livre du savant suppléant de M. Flourens au Muséum d'histoire naturelle nous confirme dans cette espérance. Mais est-ce à dire qu'après cette lecture, comme après celle de l'ouvrage de

M. Cl. Bernard dont nous parlions il y a quelques mois, il nous soit démontré, comme le prétendent plusieurs, qu'en dehors de cette méthode, le problème de la vie se dérobe complétement à nos investigations, soit qu'il s'agisse de la saisir dans son évolution normale, soit qu'on se propose de surprendre le secret des causes de ses déviations? Non, assurément : à côté de cette physiologie artificielle, si nous pouvons ainsi dire, à côté de cette pathologie créée de toutes pièces par les savants artifices d'une méthode presque née d'hier, il y en a une autre, c'est celle de l'observation directe, c'est celle qui, par une analyse patiente des phénomènes de la nature vivante, abandonnée à son évolution librement spontanée (pardon pour ces mots qui n'ont que l'apparence d'un pléonasme), s'efforce d'en suivre la régulière succession ou d'atteindre, au milieu de l'organisme troublé, le premier mobile d'une perturbation pathologique nettement définie. L'invention de méthodes nouvelles ne change pas la nature des choses, et, de quelque façon qu'on atteigne celles-ci, elles se révèlent toujours par quelque côté à l'esprit qui les étudie. Il y a plus, et pour nous en tenir à ce qui nous importe le plus ici, l'observation directe des phénomènes morbides spontanément développés nous offre aujourd'hui un d'autant plus fécond champ de recherches, que les questions se posent partout, à l'heure qu'il est, sur les diathèses générales, sur les hérédités pathologiques, sur l'immunité morbide acquise, et sur la part qu'il faut attribuer, dans la genèse et la lente évolution de ces grands faits, aux accidents de la vie individuelle. Or, est-ce des procédés violents de la méthode expérimentale que nous viendra de ce côté la lumière? Je dis la lumière telle que la cherche la médecine proprement dite, et qui n'est qu'une vaine phosphorescence, si elle est impuissante à nous guider pour conjurer le mal. Les poursuivants de la science pure peuvent se faire illusion à cet égard; les vrais médecins, ceux qui ont charge de la santé de leurs semblables, ne sauraient s'abuser là-dessus. Aussi bien, quelque bruyamment que s'agite l'école de la pure spéculation, à quelque profondeur qu'elle s'efforce d'aller saisir les phénomènes de la vie normale ou pathologique, quelque lumière qu'elle y projette, comme cela lui arrive en quelques recherches limitées, on ne voit pas, ou l'on voit mal jusqu'ici, les profits qu'en peut tirer la médecine militante, la seule en somme que nous demande la société, et dont nous sommes obligés de lui assurer les bénéfices. Ceci bien entendu, pour que, sans nous laisser éblouir par les promesses d'une science idéale qui n'existe toujours qu'en perspective, nous ne nous lassions pas de marcher dans la

voie séculaire de la médecine vraiment positive, parcourons rapidement le très-intéressant ouvrage d'un des expérimentateurs les plus laborieux et les plus sagaces de nos jours, et indiquons quelques-uns des enseignements nouveaux qu'il apporte à la science, qu'il apporte à notre science.

Un de ces enseignements que M. Vulpian s'est le plus attaché à mettre en lumière, et par des expériences sur les animaux vivants, et par les explications qu'il s'est efforcé d'en donner dans son livre, est relatif à ce qu'il propose d'appeler avec Lewes la neurilité, c'est-à-dire la propriété physiologique radicale des fibres nerveuses. Or, d'après notre savant physiologiste, cette propriété n'est pas une propriété que les fibres nerveuses empruntent aux centres avec lesquels elles sont en rapport, elle est la même dans tous les nerfs, n'est liée essentiellement qu'à l'intrégrité de la structure et de la nutrition de ces éléments anatomiques, et doit être distinguée de la sensibilité, de la motricité, qui, elles, sont, non pas des propriétés, mais des fonctions nettement déterminées. Pour établir cette proposition, ou plutôt ces propositions, car l'un de ces faits en entraîne d'autres, l'auteur s'est livré à des expériences extrêmement intéressantes, auxquelles nous ne pouvons que renvoyer ; mais pratiquement il ressort de là une conséquence sur laquelle nous croyons devoir appeler particulièrement l'attention des lecteurs du *Bulletin général de Thérapeutique*, c'est à savoir la possibilité de la restauration de la neurilité des fibres nerveuses, centripètes ou centrifuges, alors que le nerf est complétement séparé des centres, où l'on voudrait qu'il puisât incessamment son renouvellement de vie spéciale. On sait que M. Vulpian s'est déjà beaucoup occupé, au point de vue pratique, de cette question du rétablissement de la propriété des fibres nerveuses : les expériences qu'il relate dans son important ouvrage, les commentaires lumineux, les raisonnements rigoureux dont il les accompagne, nous paraissent mettre hors de doute la solution qu'il en donne, et que nous venons de rappeler.

Pour bien montrer que, tout en accordant dans son ouvrage une large place aux questions de science générale, M. Vulpian, médecin, et médecin qui, dans les hôpitaux, met tous les jours la main à l'œuvre médicale, ne perd jamais complétement de vue les liens par lesquels ces questions se rattachent à la pratique, nous indiquerons encore quelques vues que l'auteur émet sur la thérapeutique rationnelle de la commotion cérébrale parvenue à un haut degré d'intensité. Ici le savant expérimentateur opère sur des grenouilles : en frappant plusieurs coups sur la tête de ces batraciens, l'animal,

dans ce cas, jette un cri, la langue sort de la bouche, les membres frémissent, puis le cœur arrête ses battements, la respiration se suspend. Or, dit-il, l'arrêt des mouvements respiratoires et des battements du cœur dépend bien certainement de l'excitation du bulbe produite par la percussion de la tête. Si la lésion n'est pas profonde, s'il n'y a eu en quelque sorte qu'ébranlement nerveux, au bout d'un certain temps, le bulbe rachidien ayant subi une réparation par la nutrition intime, les mouvements de l'appareil hyoïdien reparaissent, et bientôt les mouvements des membres reparaissent également. Voici maintenant, je cite textuellement, les conclusions que M. Vulpian tire de ces faits au profit de la thérapeutique de la commotion cérébrale chez l'homme. « La physiologie de la commotion cérébrale doit être la même chez les vertébrés supérieurs que chez la grenouille. Chez celle-ci, les phénomènes de la commotion se dissipent, parce que les mouvements du cœur renaissent après une courte suspension, et parce que la respiration cutanée entretient l'hématose, pendant que l'appareil pulmonaire est paralysé. Chez les animaux supérieurs et chez l'homme, il faudrait entretenir longtemps, peut-être pendant plus de trois quarts d'heure, la respiration artificielle, pour permettre aux phénomènes de commotion cérébrale de se dissiper, et à la respiration spontanée de se rétablir. Mais je ne doute pas que ce ne soit là le seul moyen qui puisse inspirer quelque confiance; et dans un cas de commotion cérébrale de l'homme, il faudrait évidemment recourir à la respiration artificielle, si les mouvements respiratoires étaient abolis, et s'il restait encore quelques battements du cœur. »

On peut voir par les deux exemples que je viens de citer que ceux-là mêmes qui, parmi nous, ne s'intéressent que secondairement aux questions de physiologie spéculative, méditeront avec avantage les remarquables leçons que publie M. Vulpian, car il y a dans ces leçons la part des exigences de la pratique médicale. Quant aux médecins à qui leur position permet de s'occuper davantage de la science pure, et qui s'y sentent entraînés par la tournure de leur esprit, ils trouveront dans les vingt-sept leçons dont se compose l'ouvrage de notre éminent confrère, une foule de recherches originales, d'ingénieuses expérimentations qui satisferont toutes les avidités, toutes les concupiscences de la plus ardente curiosité. C'est ainsi, pour n'indiquer que l'*argument* le plus général des principales leçons, que M. Vulpian traite tour à tour du système nerveux considéré comme organe de perfectionnement, des phénomènes électriques qui se passent dans les nerfs, des racines et des termi-

naisons des nerfs, de la moelle épinière, de sa physiologie, des actions réflexes, des fonctions des principaux départements de cette tige nerveuse, du cerveau, du cervelet, de leur physiologie, du système du grand sympathique, du système nerveux des grandes classes des animaux, depuis les mollusques, jusqu'aux oiseaux et aux mammifères, etc.

Sur tous ces points, le savant professeur du Muséum verse les trésors d'une immense érudition, et il en éclaire plusieurs de lumières qu'il a puisées dans ses originales recherches. Parmi les affirmations doctrinales propres à l'auteur, nous croyons qu'il en est qui resteront, appuyées qu'elles nous paraissent sur la base solide d'une expérience irréfutable; mais toutes, dans notre opinion au moins, ne résisteraient pas à une sérieuse controverse. La réserve que nous faisons en ce moment, et que nous développerons peut-être quelque jour, nous la faisons porter principalement sur la doctrine que professe M. Vulpian au sujet de la place qu'occupe l'homme sur l'échelle des êtres, sur la négation insoutenable qu'il fait des idées générales, ou abstraites, sur la négation formelle d'un principe de vie, d'une force distincte des forces communes de la matière, et immanente au sein de l'organisme : sur tous ces points, et sur un autre que M. Vulpian laisse dans l'ombre, ou du moins sur lequel il jette un voile discret, nous sommes convaincu qu'il a manqué la vérité. L'intelligence qui fouille si profondément de si ardus problèmes, même sans les résoudre, nous n'admettrons jamais qu'elle descende, en ligne si indirecte que ce soit, d'un rhizopode ou d'un polype d'eau douce.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Du traitement de la colique de plomb par le soufre. — La méthode évacuante était autrefois la seule usitée dans le traitement de la colique de plomb. Son utilité est incontestable; et c'est elle qu'emploient encore la plupart des médecins, bien que personne n'applique plus aujourd'hui le traitement de la Charité dans toute sa rigueur.

Plus tard, à la Pitié, M. Gendrin joignit à la méthode évacuante l'usage de la limonade sulfurique. Il espérait par là former du sulfate de plomb insoluble, et par conséquent arrêter les progrès de l'intoxication. Mais le sulfate de plomb, presque insoluble dans l'eau, est un peu plus soluble dans les liqueurs alcalines, et, par consé-

quent, peut être dissous en petite quantité dans l'intestin grêle. La théorie est donc en défaut sur ce point. Si nous ajoutons que l'expérience a prononcé que les acides précipitent ou augmentent les accidents saturnins chez les animaux auxquels on a fait prendre du blanc de céruse, et qu'enfin, d'après M. Grisolle, les accidents sont aggravés chez les malades par l'ingestion de la limonade sulfurique, on comprendra immédiatement que ce traitement doit être absolument rejeté.

Les révulsifs, l'électricité, les anesthésiques ont été employés avec succès contre la douleur. M. Briquet a fait disparaître ce symptôme en quelques minutes en faradisant la peau du ventre.

M. le professeur Monneret s'adresse également à la douleur, qu'il combat par le froid appliqué *intus* et *extra*. Il donne des boissons glacées, des cataplasmes et des lavements glacés. Il observe une disparition immédiate des coliques, et la constipation cède le cinquième ou le sixième jour. Enfin il aide à la guérison par les toniques (vin, quinquina, ferrugineux, douches).

La méthode que nous allons exposer est simple et facile dans l'application. Elle est due à M. le docteur Lutz, pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Louis. Voici en quoi elle consiste. On donne chaque jour au malade un mélange à parties égales de fleur de soufre et de miel. On commence par 50 grammes du mélange à prendre en trois fois. On obtient la diarrhée très-rapidement : le second jour ordinairement. On diminue alors la dose progressivement jusqu'à cessation complète des accidents. On voit que cette méthode est surtout évacuante : le soufre et le miel exercent tous deux une action purgative ; et l'on peut en outre invoquer ici l'action chimique, car on retrouve le sulfure de plomb dans les selles ; sous l'influence de l'action purgative continue, celui-ci est chassé par les garde-robes à mesure qu'il est formé.

M. Lutz a appliqué plusieurs fois ce traitement avec un succès aussi constant que rapide. M. le docteur Guibout, qui l'a communiqué, il y a deux ans, à la Société de médecine de Paris, l'a employé un grand nombre de fois avec un résultat semblable. Dernièrement quatre cas de colique de plomb se sont trouvés simultanément dans ses salles. M. Guibout les a soumis à ce traitement un peu modifié. Nous allons donner un résumé de ces quatre observations, telles que les a rapportées M. Le Dieberder, interne des hôpitaux [1] :

---

[1] *Gazette des Hôpitaux*, mai 1867.

Obs. I. A*** (Gustave), quarante-deux ans, cuisinier, entre à l'hôpital le 26 mars. Cet homme, bien portant habituellement, a souffert dans ces derniers temps par suite du manque d'ouvrage. Son travail consiste à pulvériser le minium à la meule, opération qui charge l'atmosphère d'une abondante poussière de cette substance. Il n'y avait que quinze jours qu'il se livrait à cette occupation, lorsque, le 21 avril après-midi, il fut pris subitement de coliques accompagnées de diarrhée, d'étourdissements et de douleurs de tête très-violentes. Une constipation opiniâtre suivit cette diarrhée, qui fut très-passagère.

A son entrée, il présente une teinte jaune très-prononcée de la peau et des conjonctives oculaires. Le liséré plombique est très-accusé sur les gencives. Maux de tête, pesanteur à la région frontale; bourdonnements d'oreilles, vue voilée par moments, constipation depuis quatre jours. Ventre normal, non rétracté; douleurs aux régions épigastrique et hypogastrique, qui sont très-sensibles à la pression; peau sèche, sans chaleur; pouls normal; langue un peu pâle, large et humide; peu d'appétit; pas de tremblement des membres. Le malade éprouve des douleurs et de la lassitude dans les membres; ses forces ont notablement diminué depuis l'invasion des accidents. Interrogé sur ses antécédents, il nie toute habitude d'ivrognerie.

Le traitement est institué le 27 mars :

Tisane amère;

Miel....................................	15 grammes;
Soufre..................................	15 —

deux portions; bains sulfureux.

Le 28, le malade n'ayant pas eu de garde-robes, la dose du mélange est portée à 40 grammes.

Le 29, selles multiples; les douleurs épigastrique et hypogastrique ont diminué; ces régions sont moins sensibles à la pression. On revient à la dose primitive. Le malade demande à manger : quatre portions.

Les jours suivants, le traitement et le régime restent les mêmes. L'amélioration va se prononçant davantage.

Le 31, la teinte jaune des conjonctives a disparu. Il ne se plaint plus des coliques; il a trois ou quatre selles par jour.

Le traitement est continué jusqu'au 9 avril. Le malade sort alors, en ne conservant que de l'insomnie et quelques douleurs musculaires; il a repris un peu d'embonpoint.

Obs. II. J***, cinquante-trois ans, peintre, entré le 27 mars. Homme bien constitué, santé habituellement excellente. Son travail consiste à passer au minium, puis au blanc de céruse, des objets en fer. C'est depuis novembre dernier qu'il fait ce métier.

Il ressentit au bout de six semaines les premières atteintes du mal, et dut cesser son travail le 15 janvier. Il entra alors à l'Hôtel-Dieu, où il fut traité par les évacuants. Il en sortit le 1er février.

Le malade se présente à nous avec des coliques siégeant à l'hypo-

gastre et à l'épigastre ; ces régions sont douloureuses à la pression. Teinte jaune très-prononcée de la peau et des conjonctives ; liséré gingival très-prononcé; ventre légèrement rétracté ; pas d'appétit ; nausées presque continuelles ; langue blanche ; douleurs continues dans les membres, surtout du côté des extenseurs, accompagnées de crampes dans ces derniers temps. Les forces ont beaucoup diminué ; le malade éprouve un peu de céphalalgie et de tremblement des membres. Il affirme n'avoir jamais fait d'excès de boisson. Constipation absolue depuis quatre jours. A cette époque, le malade a pris de lui-même un purgatif.

Le 28 mars, tisane amère, ipéca 1gr,50, une portion.

Le 29, on commence le traitement :

Limonade ; 30 grammes du mélange de miel et de soufre ; une portion ; bain sulfureux tous les jours.

Le 30, aucun changement : 40 grammes de miel et de soufre.

Le 31, deux selles ; les douleurs ont un peu diminué.

Les jours suivants, même traitement. Le malade a eu trois ou quatre selles liquides par jour ; l'appétit et l'embonpoint reviennent rapidement. Dès le 4 avril, la teinte jaune de la peau et des conjonctives a complétement cédé, ainsi que la céphalalgie et l'insomnie.

Le malade sort le 10 avril, ne sentant plus que quelques douleurs dans les membres.

Obs. III. D*** (Camille), trente et un ans, cuisinier, entré le 26 mars, assez grand, mais grêle et peu musclé. Ce malade n'accuse pourtant aucune maladie antécédente, si ce n'est une fièvre typhoïde en 1848. Il a travaillé douze jours au dépotement de la céruse. Au bout de ce temps, il fut pris de coliques accompagnées de diarrhée et d'étourdissements. La diarrhée était assez abondante pour donner six à huit selles par jour. Coliques rapportées, par le malade, à l'hypogastre, avec sensation de brûlure à l'épigastre ; peu de sensibilité à la pression ; faiblesse et fourmillements dans les membres ; pas de tremblement ; céphalalgie assez forte, mais le malade y est sujet ; il se plaint de souffrir presque continuellement dans l'oreille droite ; peau très-colorée en jaune ; liséré gingival peu marqué ; langue naturelle ; appétit assez bon ; les selles ont diminué, mais il n'y a pas constipation absolue.

Le traitement a commencé le 27 mars :

Tisane amère ; 30 grammes du mélange de miel et soufre ; deux portions ; bain sulfureux tous les jours.

Le 28 mars, même état.

Le 29, la diarrhée s'établit. Dès le 30, toutes les douleurs abdominales ont cessé. Le traitement est continué jusqu'au 5 avril. Tous les symptômes ont disparu, sauf la douleur d'oreille et les maux de tête, qui ne paraissent pas dus à l'affection saturnine. Les derniers jours du traitement, on observe quelques coliques passagères, dues évidemment à l'usage continu des purgatifs.

Le malade sort le 9 avril.

Obs. IV. B*** (Alexandre), quarante-trois ans, carrier, entré le 26 mars ; bonne constitution, antécédents irréprochables sous le

rapport de la santé. Cet homme a travaillé douze jours au dépotement du blanc de céruse. Au bout de ce temps, il quitta, parce qu'il éprouvait du malaise, de la lassitude dans les jambes, des battements de cœur et de la fièvre le soir. Quatre jours après avoir quitté ce travail, il fut pris de coliques très-vives siégeant dans le bas-ventre, avec douleurs atroces à l'épigastre et dans les reins. La diarrhée survint immédiatement et cessa bientôt d'elle-même, comme dans les cas précédents.

A son entrée, nous constatons une teinte jaune très-prononcée de la peau et des conjonctives. Liséré gingival bien marqué. Ventre naturel, douleurs aux régions épigastrique et hypogastrique, qui sont très-sensibles à la pression. Engourdissements et faiblesse dans les membres. Tremblement des mains, mais le malade avoue être un peu buveur. Constipation depuis trois jours, pas d'appétit, langue naturelle.

Le traitement est commencé le 27 mars :

Tisane amère ; 30 grammes du mélange de miel et soufre ; une portion ; bain sulfureux tous les jours.

28 mars, même état.

Le 29, le malade a eu une garde-robe peu abondante.

Le 30, la dose du mélange est portée à 40 grammes.

Le 31, le malade a eu deux selles, l'appétit est revenu, la teinte jaune a disparu. Le 2 avril, on constate que les coliques et la sensibilité du ventre à la pression n'existent plus. Le malade a une selle par vingt-quatre heures les jours suivants. Il sort, le 10 avril, dans un état très-satisfaisant.

Le traitement suivi n'a pas été tout à fait celui que conseille M. Lutz, et nous croyons qu'en donnant d'emblée 50 grammes du médicament on obtiendrait une amélioration plus rapide. La durée du traitement a été de neuf à treize jours ; mais constamment la diarrhée est survenue au bout de deux jours, et ce retour des selles s'accompagne d'une amélioration considérable et brusque qui va croissant rapidement les jours qui suivent et ne tarde pas à emporter complétement les douleurs abdominales. Dans l'observation II, nous avons vu les coliques persister davantage, sans doute parce que l'intoxication était plus ancienne et plus profonde.

Nous croyons que ce traitement est appelé à rendre de véritables services. Il provoque les selles aussi sûrement que les drastiques les plus énergiques, et cela à bien moins de frais et sans faire souffrir les malades. Il est d'une application aussi facile que possible et permet au malade de se lever dès que les coliques ne sont plus trop fortes. Enfin il est toujours toléré et ne présente aucun danger.

D'ailleurs chaque méthode de traitement a ses avantages. L'application du froid enlève immédiatement les douleurs ; aussi pensons-nous que, dans les cas où elles sont très-fortes, on devrait

joindre à la méthode de M. Lutz les cataplasmes froids et les boissons froides, tels que les conseille M. Monneret. Sans doute le malade, délivré de ses souffrances, attendra patiemment le retour des garde-robes ; mais il y a pourtant un grand intérêt à les provoquer dans le plus bref délai possible, lorsqu'on observe que leur réapparition s'accompagne d'un amendement de tous les symptômes et surtout du retour de l'appétit.

Or, nous le répétons, cette indication est remplie d'une manière aussi certaine que rapide par la méthode que nous soutenons.

Enfin, lorsque les symptômes sont amendés, les toniques de toute sorte, les douches froides surtout sont le meilleur moyen de combattre l'anémie, les douleurs des membres et la faiblesse qui persistent toujours plus ou moins longtemps, quel que soit le traitement auquel on ait eu recours.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Arthrite chronique guérie par la faradisation. Le docteur Bertrand, de Barcelone, qui s'occupe activement d'électrothérapie, a eu recours à l'électrisation faradique dans le cas suivant :

Un jeune homme de dix-sept ans, d'une constitution détériorée, à disposition scrofuleuse, souffrait depuis neuf ans d'une arthrite rhumatique intéressant les articulations tibio-tarsienne et fémoro-tibiale du membre inférieur droit. Par ses conditions individuelles, comme par son genre de vie antihygiénique, le patient offrait au mal un terrain où celui-ci pouvait se développer à l'aise. On avait commencé par employer des applications d'eau froide ; l'intensité de la douleur fut telle que tout mouvement devint impossible, et il se déclara des symptômes de phlegmasie aiguë. Ceux-ci firent place aux signes de l'inflammation chronique, laquelle persista en dépit des nombreux remèdes puisés, soit dans la science, soit dans l'empirisme, qui furent appliqués tour à tour. Parmi les médecins qui furent alors consultés, plusieurs reconnurent que l'affection revêtait déjà le caractère des tumeurs blanches.

La première fois que le docteur Bertrand vit le malade, il constata que celui-ci ne pouvait faire un pas, et que des douleurs articulaires aiguës le tourmentaient pendant plusieurs heures du jour et de la nuit. La partie affectée offrait une tuméfaction notable ; elle était douloureuse à la pression ; la couleur de la peau était pâle et sa température abaissée. La circonférence du membre au niveau de la jointure atteignait le double de la circonférence normale. La flexion était impossible ; ces signes locaux s'accompagnaient de pâleur, d'inappétence et d'un épuisement général.

Il y avait certes du courage à entreprendre, sous d'aussi tristes auspices et dans des conditions aussi déplorables, la guérison du mal par l'électricité.

La première application eut lieu le 27 janvier. On fit usage de l'appareil de Gaiffe. Cette première séance ne dura que quinze minutes. Elle fut médiocrement tolérée. Les interruptions pressées du courant produisirent un fourmillement qui commença par exaspérer la douleur, mais qui amena un calme prononcé quelques instants après. Le malade éprouva, par l'effet de cette seule application, un soulagement marqué. Les douleurs dont les jointures étaient le siége s'amendèrent légèrement pour l'articulation tibio-

tarsienne gauche, mais disparurent à peu près complétement du côté droit. Le 29, il fut procédé à une seconde application dont la durée fut de trente minutes. On obtint une amélioration plus sensible encore; la douleur fut apaisée et les mouvements de flexion devinrent plus libres. A la suite d'une troisième application où l'on employa un courant plus fort, qui fut aisément supporté par le malade, le genou se montra moins tuméfié, et la peau reprit un certain degré de chaleur.

La cinquième séance fut de cinquante minutes, ainsi que les cinq autres qui suivirent; le mieux se prononça de plus en plus.

Dans neuf autres, on diminua graduellement la force du courant, en donnant à chaque application une durée de quarante-cinq minutes. Le 21 mars, lors de la dernière électrisation, les douleurs avaient cessé et la tuméfaction avait disparu avec elles. Les mouvements avaient acquis une plus grande liberté. Quelques petites douleurs s'étant montrées au pied gauche, on en fit justice à l'aide d'une légère faradisation.

Au mois d'octobre, l'articulation était rentrée dans son état normal. Il était de toute impossibilité, par l'inspection du genou droit et la comparaison de celui-ci avec le genou gauche, de distinguer lequel des deux avait offert, pendant neuf ans, un volume qui dépassait de moitié celui de l'autre. Le jeu des mouvements d'extension et de flexion était parfait.

L'assertion exagérée de Remak, qui prétend que dans des cas de ce genre on ne peut réussir que par les courants continus, trouve une éloquente réfutation dans la relation qui précède. (*El compilador medico* et *Arch. médicales belges.*)

Injections de pepsine dans les tumeurs. Bien que les résultats signalés jusqu'à présent ne paraissent pas justifier les espérances qui avaient été conçues en faveur du traitement des tumeurs malignes par les injections de diverses substances médicamenteuses, comme l'iode, l'acide citrique, l'acide acétique, le nitrate d'argent, l'idée de pouvoir modifier les tissus au moyen de substances introduites sous la peau et détruire ainsi des tumeurs n'est pas abandonnée. Le professeur Thiersch et le professeur Nussbaum viennent de tenter de nouveaux essais dans cette voie, et l'agent qu'ils ont choisi semble devoir être un modificateur puissant. Il s'agit, en effet, d'injections de pepsine. Nous ne pouvons encore indiquer les résultats obtenus, mais il paraît qu'ils sont de nature à encourager de nouvelles tentatives. Le professeur Buchner, dans un des derniers numéros de son *Repertorium*, donne des indications sur le mode de préparation de la pepsine qui doit être employée en injections, la pepsine ordinaire des pharmacies n'étant pas suffisamment pure. On la préparera de la manière suivante : Un estomac de porc, frais et, s'il est possible, encore chaud, est doucement lavé avec de l'eau. Les glandes à pepsine sont situées au fond de l'organe, et cette position se reconnaît facilement à sa couleur foncée et à son épaisseur plus grande. Séparant la membrane muqueuse de la couche musculaire, on la place sur une table, la surface sous-muqueuse située en-dessous. Fixant alors une extrémité du lambeau de muqueuse avec la main gauche entourée d'un linge, on racle avec force la surface muqueuse au moyen d'un couteau mousse; on a soin de ne pas enlever toute la substance glandulaire, ce qui donnerait un mélange de tissu conjonctif. L'estomac d'un porc adulte fournit ainsi environ une once de matière semi-fluide, que l'on agite pendant cinq minutes dans cinq onces d'eau distillée, et que l'on fait macérer pendant un quart d'heure à la température de 30 degrés Réaumur. On ajoute une ou deux gouttes d'acide chlorhydrique, on laisse filtrer à travers un linge fin et, après avoir laissé précipiter les cellules, on obtient ainsi un liquide presque limpide. On peut encore laisser dessécher le résidu obtenu par le grattage en l'exposant à une température qui ne dépasse pas 40 degrés Réaumur. On peut, avec la substance desséchée, reconstituer un liquide aussi actif que le précédent, en ajoutant de l'eau, quelques gouttes d'acide chlorhydrique, puis faisant de nouveau digérer ce liquide à 30 degrés, puis filtrant. La substance desséchée peut, d'ailleurs, se conserver longtemps dans un flacon bien bouché, sans subir de décomposition. Nous tiendrons nos lecteurs au courant des expériences de Thiersch et Nussbaum, lorsque nous aurons des renseignements précis sur ce sujet. (*Medical Times and Gazette* et *Gaz. hebd.*)

Asphyxie et insufflation pulmonaire. Dans un intéressant mémoire publié sous ce titre, M. le docteur Marchant, de Charenton, insiste sur l'importance capitale de l'insufflation du poumon dans le traitement de l'asphyxie, quelle qu'en soit la cause, et fait voir que l'exécution en est plus facile qu'on ne semble le croire en général : véritable service rendu à la pratique.

Dans toute asphyxie, dit notre honorable confrère, il faut ranimer la respiration, parce qu'elle seule entretient la vie, et que c'est parce qu'elle a été interrompue ou qu'elle s'est effectuée dans des milieux qui contenaient peu ou presque pas d'air atmosphérique, que l'asphyxie s'est produite.

Or, le moyen le plus rapide et le plus direct de rétablir la respiration, c'est l'insufflation pulmonaire.

Divers procédés ont été indiqués ou préconisés pour pratiquer cette insufflation. Le plus célèbre est celui de Chaussier, lequel réclame, comme on sait, un instrument spécial qui doit être porté dans l'orifice glottique.

Mais ce procédé doit être complétement rejeté, comme tout à fait en désaccord avec l'anatomie, la physiologie et les notions les plus élémentaires de la physique : car, comme le fait remarquer M. Béclard dans son traité de physiologie, il y a béance continuelle des voies respiratoires, narines, pharynx, larynx, trachée et bronches ; l'épiglotte ne s'abaisse et ne vient obturer l'orifice laryngien que dans l'acte de la déglutition ; enfin l'air, en vertu de ses propriétés, exerçant une pression égale dans tous les sens, doit se rendre dans les voies qui lui sont ouvertes, c'est-à-dire les voies respiratoires ; et, s'il avait une tendance quelconque à pénétrer dans l'œsophage, il y pénétrerait quel que fût le mode d'insufflation mis en usage, le procédé de Chaussier aussi bien que tout autre.

Il est indifférent de faire pénétrer l'air dans les poumons par la bouche ou directement par le larynx ou par les narines ; mais il est naturel de choisir ces dernières, qui sont « la grande route de la respiration. »

L'insufflation peut être faite avec un soufflet, si cette opération doit être pratiquée par un médecin ou une personne intelligente. Mais, comme on ne saurait assez vulgariser un moyen aussi éminemment utile pour conserver la vie à des milliers d'individus, il faut choisir celui qui sera le plus facile et surtout le plus exempt de danger ; c'est donc avec la bouche qu'il faut faire l'insufflation pulmonaire, à l'aide d'un tube introduit dans l'une des narines, en procédant de la manière suivante :

Une personne se pose à la droite de l'asphyxié et place sa main gauche sur le front de ce dernier ; le doigt indicateur et le pouce viennent tout naturellement se poser sur les côtés du nez ; ils y servent à fixer dans une des narines un tuyau quelconque, d'une pipe, par exemple, dont le calibre soit assez large pour envoyer l'air dans les poumons. On ferme exactement les narines sur le tube en les pinçant fortement, et en même temps, au moyen de la main posée à plat sur les lèvres, on s'oppose à la sortie de l'air par l'orifice buccal. On souffle alors avec la bouche avec assez de force pour faire pénétrer l'air dans les poumons, et cette force n'est pas grande ; on voit alors la poitrine se soulever et l'asphyxié respirer comme s'il vivait.

Lorsque l'opérateur a envoyé la plus grande partie de l'air qu'il avait dans ses poumons, sans aucun effort toutefois, il retire la bouche du tube, et, par une pression exercée avec les deux mains à la base de la poitrine, il fait sortir l'air introduit dans les poumons de l'asphyxié ; puis il recommence alternativement l'insufflation et les pressions, pendant un certain temps, qu'il est difficile de limiter.

Si l'individu est vivant, les battements du cœur se feront de plus en plus sentir, puis la respiration se rétablira un peu plus tard par une première inspiration ; après quelques instants d'attente, si une seconde inspiration ne se manifestait pas, il faudrait revenir à l'insufflation.

Il est inutile de dire que ce moyen, quelle qu'en soit la valeur, ne dispense pas des autres moyens rationnels, bien connus, qui sont réclamés par chaque genre d'asphyxie en particulier. (*Archives gén. de méd.*, mai 1867.)

Exemple d'asphyxie, suite d'ivresse, traitée avec succès par l'insufflation. A la fin du mémoire dont nous venons de faire connaître la substance dans l'article qui précède, se trouve rapporté un de ces cas où, par suite de l'effet stupéfiant de l'alcool pris en excessive quantité, la vie de relation se suspend complétement, toute trace de sensibi-

lité disparaît, et les muscles de la respiration ralentissant peu à peu cette fonction, puis finissant par la suspendre et l'interrompre, la mort arrive par une véritable asphyxie. Ce fait pourra servir à montrer quels services peut rendre l'insufflation pulmonaire dans ces sortes de cas.

Il s'agit d'un jeune soldat qui, étant avec plusieurs de ses camarades, fit le pari, qu'il tint, de boire un litre d'eau-de-vie pendant qu'on boirait une bouteille de bière. Peu de temps après, il fut pris de somnolence et tomba dans un coma profond. M. Marchant, qui se trouvait dans le voisinage, ayant été appelé, trouva ce jeune homme froid et insensible : la respiration se faisait d'une manière incomplète ; ses membres étaient flasques. Malgré le peu de probabilité du succès, notre confrère résolut de faire ses efforts pour sauver ce malheureux des suites de son absurde imprudence, et voici le plan auquel il s'arrêta : 1° envoyer autant d'eau que possible dans l'estomac pour diluer l'alcool ; 2° entretenir, s'il était possible, la respiration par l'insufflation pulmonaire ; pendant ce temps-là, l'alcool serait éliminé peut-être.

Pour envoyer autant d'eau que possible dans l'estomac, M. Marchant se servit d'une algalie en gomme élastique, qu'il fit prendre chez un pharmacien, et qu'il introduisit dans l'œsophage ; une seringue à oreille, qui se trouva sous sa main, dont le piston fut ôté, et dont la canule fut placée dans le pavillon de la sonde, lui servit d'entonnoir ; l'eau versée par cette voie descendait dans l'estomac en vertu de son propre poids ; d'abord il employa de l'eau pure, puis il ajouta dans la carafe 1 décigramme de tartre stibié.

Pour entretenir la respiration, qui s'arrêtait souvent, il se servait de la même sonde. Après en avoir chassé l'eau qu'elle contenait, il l'introduisait dans l'une des narines, et pratiquait quatre ou cinq insufflations, s'arrêtant quand la respiration reprenait son cours, recommençant quand elle se suspendait de nouveau ; prenant soin en même temps de débarrasser l'arrière-bouche des mucosités qui s'y produisaient, tant au moyen des doigts entourés d'un linge qu'en faisant retourner le malade à plat sur le ventre. Au bout de trois heures, la respiration s'était rétablie et était régulière, et M. Marchant put se retirer, recommandant aux assistants de ne rien donner au malade tant qu'il ne serait pas réveillé. Dans la nuit, il y eut des vomissements ; le lendemain il existait des signes de congestion cérébrale, pour lesquels l'entrée à l'hôpital eut lieu d'urgence. Il y eut, à la suite, des symptômes de paralysie qui se dissipèrent peu à peu. La guérison complète se fit attendre un mois. (*Arch. gén. de méd.*, mai 1867.)

Traitement des loupes par le cautère actuel. Chacune des méthodes proposées compte des succès, même l'extirpation multipliée dans une seule séance ; toutes peuvent trouver leur opportunité ; mais, suivant M. le docteur G.-T. Dufour, le moyen le plus sûr, le plus expéditif, le moins douloureux en réalité, est la cautérisation actuelle, et c'est celui qui met le plus à l'abri de l'érysipèle. Il ne l'a, du moins, jamais vu survenir et il doute qu'on en cite des exemples sérieux. Il en est de même des loupes de la face. Elle doit être pratiquée avec un cautère à pointe assez forte et chauffé à blanc, qu'on enfonce brusquement au centre de la tumeur en l'y maintenant d'autant plus longuement que le kyste est plus volumineux, et même alors il ne s'agit que de quelques secondes de plus ou de moins ; la plaie est recouverte d'un morceau de diachylum ; après peu de jours, la matière sébacée, quelque concrète qu'elle soit, s'élimine, suivie bientôt de l'enveloppe fibreuse, chassée par la suppuration et l'inflammation localisées par le feu et renfermées dans un point limité et précis. Chez un commerçant de Cherbourg, en moins d'un quart d'heure on a pu cautériser neuf petites loupes qui tombèrent toutes du quatrième au septième jour. C'est à mes dépens, dit M. Dufour, que j'ai pu faire cette étude comparative. Si le fer effrayait par trop le malade, la pâte de Vienne le remplacerait ; seulement, l'action est moins rapide et le kyste se détache plus lentement.

Bonnet, de Lyon, employait également contre les loupes la cautérisation potentielle, dans le but de mettre les malades à l'abri de l'érysipèle, et plusieurs de ses élèves suivent la même méthode, surtout lorsque les loupes occupent une partie soustraite aux regards. (*Arch. de méd. navale* et *Journal de méd. de Lyon.*)

Paracentèse du péricarde. Quoique la paracentèse du péricarde ait été déjà pratiquée un certain nombre de fois, les cas de succès ne sont pas encore assez nombreux pour que nous puissions négliger d'analyser une nouvelle observation due à un docteur américain.

C. S***, âgé de vingt-six ans, est admis à l'infirmerie de Leeds, le 18 septembre 1866, offrant de graves symptômes de rhumatisme aigu (articulaire et musculaire). Il se plaint de dyspnée, de douleur précordiale, et l'examen du cœur fait constater un épanchement dans le péricarde. — Vésicatoire. — Le 19, aggravation considérable des symptômes C. S***, couvert de sueurs, est en proie à une épouvantable dyspnée. La matité occupe toute la partie antérieure gauche du thorax; la résonnance est normale en arrière. Il est évident pour les assistants que le malade offre les signes d'une mort prochaine. M. Albutt appelle M. Wheelhouse, qui pratique la paracentèse du péricarde.

Après avoir déterminé, autant du moins qu'il était possible dans ces difficiles circonstances, la position de la pointe du ventricule gauche et celle de la base du cœur, M. Wheelhouse se décida à ouvrir le sac à un pouce et demi du bord gauche du sternum et vis-à-vis du bord supérieur du cartilage de la cinquième côte. Il introduisit un trocart fin, en l'inclinant légèrement en haut et en dedans, de manière à se diriger vers le point qu'il pensait devoir répondre au centre du ventricule gauche. Il poussa en avant jusqu'à ce qu'il pût sentir distinctement, avec le trocart, les mouvements du cœur; et alors, retirant la pointe dans la gaîne, il appuya franchement la canule sur le cœur et put dès lors sentir et voir l'impulsion communiquée à l'instrument. Le poinçon étant complètement retiré, deux ou trois onces d'un liquide séreux rose pâle s'écoulèrent d'abord par jet continu, et plus tard par saccades. Il y eut un amendement instantané de tous les symptômes, et quelques menaces de syncope furent combattues par des doses d'eau-de-vie larges et répétées. Il n'y eut pas d'autre médication ce jour-là. Mais le lendemain la dyspnée reparut, accompagnée de délire; on eut recours à la morphine et à un nouveau vésicatoire.

Depuis ce moment, l'état du malade s'améliora de jour en jour, et il sortit de la salle le 13 octobre. Au dernier examen, il y avait à la région du cœur une matité un peu au-dessus de la normale et un fort bruit systolique vers la pointe.

Nous n'avons pas besoin de faire remarquer que, dans ce cas, il a suffi d'une seule ponction avec le trocart, et que l'épanchement ne s'est pas renouvelé, quoiqu'on n'ait pas fait usage des injections iodées. Le Dr Albutt comptait, au reste, y avoir recours si une seconde ponction fût devenue nécessaire. (*Med. Times and Gazette* et *Union médicale de la Gironde.*)

Sur les propriétés toxiques des composés de cadmium. Les composés de cadmium n'ont été que rarement utilisés en thérapeutique. Bien que Garrod, en Angleterre, ait insisté sur les avantages de l'emploi de l'iodure de cadmium, et que Grimaud ait appliqué le sulfate de cadmium au traitement de la syphilis, du rhumatisme et de la goutte, la connaissance des propriétés toxiques des sels de cadmium a imposé une grande réserve dans les essais d'applications thérapeutiques. L'étude de ces propriétés, en dehors du point de vue précédent, offre un intérêt spécial à cause de l'usage en industrie de certains composés de cadmium. M. Marmé a fait, à ce sujet, des expériences nombreuses dont nous indiquons les résultats principaux.

Le sulfure de cadmium, employé en peinture, a été considéré par Hasselt comme toxique. M. Marmé a pu s'assurer que cette substance n'est nullement toxique. En effet, plusieurs drachmes ont été, en une semaine, introduites dans la nourriture des animaux sans produire d'accidents. D'ailleurs son insolubilité dans l'eau, dans les acides faibles, dans les sels alcalins et dans l'huile en rend l'usage en peinture inoffensif.

Mais les composés de cadmium solubles dans les acides étendus, à la chaleur normale, ont au contraire une action toxique commune. Les expériences ont été faites avec la plupart des composés connus, et ont amené des résultats analogues.

L'action locale est une irritation plus ou moins forte, suivant la dose. Ingérées dans l'estomac, à petites doses, ces substances amènent des vomissements; à doses toxiques, des évacuations répétées par haut et par bas, puis une gastro-entérite, depuis la forme catarrhale jusqu'à la forme ulcéreuse, et même des perfo-

rations, surtout si l'on emploie les solntions concentrées de chlorure de cadmium.

En applications hypodermiques, on observe, depuis l'hyperhémie intense, l'exsudation et même une suppuration abondante.

Ces propriétés expliquent les symptômes observés par Soret dans l'empoisonnement de trois individus par inhalation de poudre de carbonate de cadmium, et consistant en éblouissements, vomissements, selles abondantes, crampes, dépression des forces, perte de connaissance, ralentissement de la circulation et de la respiration.

Il est important de noter que ces effets toxiques se produisent également lorsqu'on fait absorber de l'iodure de cadmium en pommade, à l'aide de frictions, comme l'a fait Garrod. Si l'on emploie des doses toxiques, mais non suffisantes pour amener rapidement la mort, en les injectant sous la peau ou dans les vaisseaux, on observe une irritation inflammatoire de la muqueuse de l'estomac et de l'intestin, et souvent même des hémorrhagies, des érosions et des ulcérations.

Les injections pratiquées dans les vaisseaux sont mortelles à de petites doses : ainsi il suffit de 0gr,030 pour tuer un chien, 0gr,016 pour un chat, 0gr,010 à 0gr,020 pour un lapin. Dans les injections sous-cutanées, le double ou le triple de ces quantités produit le même résultat. Par ingestion dans l'estomac, 0gr,30 à 0gr,60 tuent un lapin pesant 1,500 à 1,800 grammes. Mais les chiens et les chats rejetant par les évacuations une partie des substances, il est plus difficile de calculer la dose qui produit la mort.

Enfin l'absorption de doses très-faibles de sels ou d'oxydes hydratés amène un empoisonnement chronique, qui, chez les animaux, est caractérisé par des troubles digestifs, l'amaigrissement et la mort. On trouve à l'autopsie de la gastro-entérite, souvent des hémorrhagies sous-pleurales, des infarctus du poumon, quelquefois un état graisseux du cœur, du foie, en outre des inflammations rénales diffuses.

D'autre part, dans l'empoisonnement aigu, on peut arrêter les effets toxiques par l'ingestion immédiate de grandes quantités de solutions de soude. Les carbonates alcalins, l'albumine ont paru être les meilleurs contre-poisons.

Telles sont les principaux effets produits par les composés de cadmium, et qui prouvent que les observations qui les avaient déjà signalés n'en avaient pas exagéré les dangers. M. Marmé indique de plus les moyens de recherche des sels de cadmium ; nous nous contenterons de signaler cette partie de son travail à ceux que cette étude intéresserait. (*Zeitschrift für rat. Medicin.* et *Gaz. hebd.*)

Bons effets du chanvre indien dans un cas de delirium tremens. Le haschich n'est encore que bien peu employé aux usages médicaux ; mais d'après ce qu'on sait de son influence considérable sur le système nerveux, il n'est pas douteux qu'il ne mérite d'occuper une place importante en thérapeutique. En attendant que la clinique ait déterminé quels services on peut lui demander, que les autres stupéfiants ne seraient pas susceptibles de rendre, il est intéressant d'enregistrer les faits qui viennent à se présenter. Il s'agit ici d'un cas de delirium tremens, dans lequel l'opium, qui triompbe habituellement de cette affection, n'était pas applicable, en raison d'une circonstance particulière qu'on verra plus loin.

Homme de quarante ans, admis à Jervis-street hospital, à Dublin, le 15 janvier dernier. M. Tyrrell, dans le service duquel il avait été placé, le trouva dans un état d'excitation considérable, n'ayant pas dormi depuis soixante-douze heures, avec le pouls à 90, faible et dépressible, les pupilles dilatées, la peau froide, mais couverte de sueur ; urines rares et très-colorées, nausées, constipation. Malgré l'extrême fatigue, malgré l'excitation, l'intelligence était parfaitement nette, et le malade donna lui-même les renseignements suivants :

Il n'était pas un buveur d'habitude, et restait souvent longtemps sans prendre de boissons spiritueuses ; mais quand le désir lui en venait, il était incapable d'y résister. Quelques années auparavant, il s'était mis à prendre de l'opium, et bientôt il était arrivé à en prendre une grande quantité, pas moins de 4 onces de teinture par jour, dose qui était devenue nécessaire pour lui procurer la somme de stimulation qu'il recherchait. Jamais il n'avait éprouvé d'effet soporifique. Depuis un an, il avait renoncé à l'opium, qui détruisait sa constitution, et il était resté sobre jusques un

mois avant son entrée à l'hôpital. Alors il s'était mis à boire de l'eau-de-vie, un quart par jour (environ 1 litre). Il avait eu déjà deux fois, disait-il, le delirium tremens, et chaque fois il avait été guéri au moyen du chanvre indien.

Il n'était pas possible, dans ce cas, d'après ce qui vient d'être dit, de recourir à l'opium. M. Tyrrell, en conséquence, ayant d'abord essayé le capsicum, mais sans succès, ordonna la teinture de *Cannabis indica*, 20 *minims* (environ 1 millilitre) toutes les trois heures. Deux heures après la troisième dose, le malade tomba dans un sommeil calme, qui dura quatre heures. Le lendemain, toute excitation avait disparu ; il y avait seulement de la faiblesse, et en même temps une sensation de faim très-prononcée. On lui accorda du fort thé de bœuf, deux pintes dans la journée; et le soir une nouvelle dose de teinture de chanvre fut prescrite, le malade craignant de ne pouvoir dormir sans cela. Deux jours après, il quittait l'hôpital sans avoir présenté de nouveau aucun symptôme de l'affection pour laquelle il y était entré.

De renseignements pris auprès du docteur White qui avait soigné cet homme dans les deux attaques précédentes, il résulte: que chaque fois les effets produits sur le delirium tremens furent remarquables, mais qu'il fut nécessaire, pour les obtenir, de porter les doses beaucoup plus haut, soit que la teinture fût douée d'une moindre activité, soit que l'attaque traitée par M. Tyrrell fût moins intense. En effet, on n'administra pas moins d'une once de teinture la première fois et un peu plus la seconde, par quarante gouttes d'abord, puis quatre-vingts, toutes les heures et demie, avant d'amener le sommeil. (*Med. Press and circular*, 13 mars 1867.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

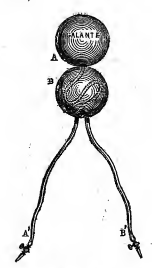
Double ampoule hémostatique. M. Galante, fabricant d'instruments de chirurgie, présente à l'Académie un instrument qu'il a construit pour M. le docteur Chassaigny, de Lyon.

Cet instrument, destiné à remplir certaines indications dans lesquelles la pelote à tamponnement du docteur Gariel était insuffisante, est composé de deux ampoules sphériques A et B, réunies par une surface circulaire de 1 centimètre de diamètre. L'inférieure B est munie de deux tubes A' et B' ; le premier la traverse et va s'ouvrir dans la poche A ; le second est immédiatement placé sur la pelote B, avec l'intérieur de laquelle il est en communication. Chacun de ces tubes sert à l'insufflation de la poche correspondante.

Il résulte de cette combinaison que l'on peut dilater l'ampoule A, sans pour cela faire varier le volume de l'ampoule B, et *vice versa*.

Les hémorrhagies qui surviennent après les accouchements compliqués d'insertion du placenta sur le col sont souvent beaucoup plus graves et plus inquiétantes que celles qui ont précédé ou accompagné le travail.

Leur intensité, l'état de faiblesse dans lequel se trouve ordinairement la malade, ne donnerait pas aux hémostatiques ordinaires le temps de manifester leur action ; la compression de l'aorte n'est pas toujours praticable, etc.



Le tamponnement est donc le moyen le plus prompt et le plus héroïque. Il se pratique avec la plus grande facilité avec la pelote du docteur Gariel ; mais

ce ballon remplit la cavité utérine et laisse libre et à l'abri de toute compression la face interne et le bord flottant du corps utérin, par lesquels l'hémorrhagie continue avec la même violence ; un tamponnement secondaire devient nécessaire pour combler la cavité du col.

La *double ampoule hémostatique* remplit parfaitement cette indication. Le ballon A étant introduit et gonflé dans la cavité utérine, on gonfle à son tour le ballon B, et l'appareil forme alors une espèce de bouton à double tête, qui remplit à la fois et la cavité de l'utérus et la cavité cervicale.

VARIÉTÉS.

ASSOCIATION GENÉRALE.

L'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France a tenu sa huitième assemblée générale le 28 avril 1867, dans le grand amphithéâtre de l'assistance publique. M. le président Rayer, à peine remis d'une longue maladie, présidait la séance ; il était entouré des vice-présidents Cruveilhier, Cazeneuve de Lille, Mabit de Bordeaux, du secrétaire général et des membres du conseil général de Paris et des départements.

Nous reproduisons l'allocution de M. Rayer, qui a été couverte d'applaudissements :

« Messieurs, chers collègues,

« Je ne crois pas qu'on puisse mettre fructueusement la main dans une œuvre utile, dans un établissement important, dans une grande affaire, sans y mettre aussi son cœur. Du moins, c'est ce qui m'est arrivé à l'égard de notre Association ; et dans les pénibles loisirs que m'avait faits la maladie, j'ai souvent songé à ce jour qui s'approchait, à ma responsabilité, à votre attente.

« Voilà la huitième année que nous nous rassemblons pour nous rendre compte de l'état et du progrès de notre Œuvre. Je dirais, avec l'auteur ancien : « *Grande mortilatis spatium,* » si je ne songeais qu'il s'agit, non d'un individu, mais d'un corps qui dure, et pour qui ces huit ans ne sont qu'un début de sa vie et qu'un essai de ses forces.

« Quand, semblable à l'homme qui a bien rempli sa journée, l'Association générale vient nous dire : « J'ai bien rempli mon année, j'ai secouru, j'ai aidé, « j'ai soulagé, » notre conscience collective se réjouit d'une sensible joie, et chacun a sa part de ce bon témoignage.

« Et cette conscience collective qui fait notre joie, et où chacun à sa part, qu'est-ce autre chose qu'un vrai et excellent esprit de solidarité qui ne pouvait se développer que par l'Association générale et dans son sein ?

« Le plus grand malheur qui puisse affliger un homme honnête, instruit, intelligent, tel qu'un médecin, c'est la détresse dans la vieillesse et dans l'infirmité. Contre un malheur si poignant, votre Caisse des retraites est une sûre garantie ; et quelle autre que l'Association générale était en mesure d'offrir à la vieillesse fatiguée et destituée un refuge et un repos ?

« Ce sont, messieurs, ces choses familières, secourir les infortunés, prendre soin des veuves et des orphelins, tendre la main à la vieillesse ; ce sont, dis-je, ces pratiques journalières qui font le mérite, la force, la vertu des corps tels qu'est le nôtre.

« Néanmoins, ne croyez pas que, pour n'être pas sur le premier plan, les intérêts professionnels qui nous préoccupent soient diminués ou mal servis. Le crédit et l'influence finissent toujours par passer du côté des services rendus, de la sage conduite et de l'ensemble des vues. Rien de tout cela, grâce à l'Association, ne fait défaut aux médecins de France. »

M. Legouest, secrétaire de la Société centrale, a exposé la situation de cette société ; M. Roger H., dans une de ces communications brillantes et spirituelles dont lui seul possède le secret, a annoncé le succès de la souscription de la statue de Laennec, qui sera inaugurée à la fin de mai 1868 ; puis le

secrétaire général, Amédée Latour, a rendu compte des progrès de l'Œuvre.

Ce discours, que nous regrettons de ne pouvoir reproduire, a tenu pendant trois quarts d'heure l'auditoire sous le charme et a valu à son auteur des applaudissements répétés.

Les chiffres suivants établissent l'état financier de l'Association :

L'avoir actuel des différents éléments de l'Œuvre est ainsi constitué :

Caisse générale................................	52,487	53
Caisse des pensions viagères d'assistance...........	94,056	63
Société centrale................................	39,345	90
Sociétés locales................................	285,645	62
Total général de l'avoir de l'Œuvre.....	471,535	68

L'excédant du capital sur le dernier exercice est de 44,258 fr. 62 c.

Soit, pour la Caisse des pensions viagères d'assistance, de................................	22,589	83
pour la Société centrale, de..................	4,603	»
pour les Sociétés locales, de..................	17,065	79
Total......	44,258	62

Les dons et les legs faits à l'Association figurent, dans les recettes de l'année, pour la somme importante de 13,112 francs.

La Société centrale a distribué en secours la somme de 6,700 francs pendant le dernier exercice.

Les Sociétés locales ont accordé pour une somme de 17,442 fr. 35 c. de secours.

Dans l'ensemble de l'Œuvre, l'Association a distribué la somme de 27,332 fr. 35 c. pour secours à des sociétaires malheureux, à des veuves ou à des enfants de sociétaires.

C'est plus de 10,000 francs que dans l'exercice précédent.

Depuis le moment où l'Association a pu distribuer des secours, c'est une somme de 83,442 fr. 45 c. qu'elle a consacrée à ce confraternel emploi.

Que faut-il de plus pour engager tous nos confrères à prêter leur concours à cette œuvre éminemment utile ?

Par décret du 26 avril 1867, M. le docteur Ollier, de Lyon, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Par décret en date du 27 avril 1867, M. Boueil dit Labourdette (Jean), médecin-major de 1re classe au 31e régiment d'infanterie, a été nommé officier de la Légion d'honneur.

Par décret en date du 4 mai 1867, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur, en récompense de leur conduite courageuse et dévouée dans les opérations de guerre qui ont eu lieu sur la côte occidentale du Mexique, MM. Jobard, médecin de 2e classe de la marine, et Reymonencq, médecin auxiliaire de 2e classe de la marine.

Société médicale des hôpitaux. — La Société, dans sa séance du 26 avril, a procédé aux élections de son bureau pour l'année 1867. En voici le résultat :

Président, M. Hérard ; — Vice-Président, M. Gubler ; — Secrétaire général, M. Lailler ; — Trésorier, M. Labric ; — Secrétaires particuliers, MM. Besnier, Desnos.

Membres du Conseil d'administration : MM. Bucquoy, Hillairet, Moutard-Martin, Parrot, Villemin.

Membres du Conseil de famille : MM. Bergeron, Bourdon, Chauffard, Féréol, Woillez.

Membres du Comité de publication : MM. Besnier, Desnos, Lailler, Peter, Siredey.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De la coïncidence des affections cutanées avec des états pathologiques des divers organes de l'économie;

Par M. DEVERGIE, médecin honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine.

J'ai exposé récemment, dans ce journal, les conséquences possibles de la *rétrocession* ou de la *répercussion* des maladies cutanées. Je donne aujourd'hui un aperçu succinct des *coïncidences* de ces maladies avec un état pathologique des organes internes de l'économie et des conséquences thérapeutiques qui peuvent en découler.

J'établis d'abord qu'en thèse générale, il n'est pas de forme de maladies cutanées qui ne puisse coïncider avec un état pathologique d'un des organes internes, et *vice versâ*.

Le fait de la coïncidence est très-commun, surtout en ce qui concerne les affections de l'estomac et des intestins. Sous ce rapport, les gastralgies doivent figurer en première ligne.

Mais, pour ne pas quitter l'abdomen, il faut placer à la suite les maladies des reins, du foie et de la vessie.

Viennent après, l'asthme, les affections catarrhales des poumons et la tuberculisation pulmonaire ; puis, les lésions cérébrales, soit qu'il s'agisse d'un trouble léger dans les fonctions du cerveau, perte accidentelle de mémoire, congestions, soit qu'il s'agisse d'une lésion plus profonde et plus grave, la paralysie générale, par exemple.

Cherchons à préciser ces coïncidences d'une manière plus particulière.

Mais d'abord, *coexistence*, *coïncidence* et *relation intime* entre les affections cutanées et des maladies des organes internes de l'économie, constituent trois nuances très-différentes aux yeux du médecin ; la *coexistence* ne constitue, tant au point de vue de la peau malade qu'à celui de l'organe interne malade, que deux maladies distinctes, indépendantes l'une de l'autre, que l'on peut traiter isolément, comme deux maladies différentes attaquant deux organes différents de l'économie.

La *coïncidence* suppose quelque chose de plus, en ce sens que l'affection de la peau et celle de l'organe interne se sont manifestées en même temps. Or, si, dans bon nombre de cas, c'est à la même

cause qu'il faut rattacher les deux maladies, cette condition peut cependant ne pas exister nécessairement.

Tandis que, dans le troisième cas, celle d'une *relation intime* entre les deux affections, il y a une dépendance nécessaire de la même cause.

Eh bien, pour le médecin praticien, toute la difficulté est dans ces distinctions. Ou il commettra les plus graves erreurs, souvent funestes au malade, ou il marchera d'un pas sûr dans le traitement des deux sortes d'affections.

Recherchons donc s'il est des données qui pourraient conduire à la solution du problème. Pour atteindre plus facilement ce but, il faut exposer ce que l'expérience apprend à l'égard des relations les plus communes qui peuvent exister entre les diverses formes de maladies cutanées et les maladies des organes internes.

A la tête de ces affections il faut placer les maladies éruptives (érythèmes, efflorescences) que l'on rencontre si souvent liées avec un état saburral de l'estomac ou une gastralgie ; qui peuvent constituer une annexe du rhumatisme ; qui, à l'état d'*erythema nodosum,* chez les jeunes enfants, dépendent de conditions stomacales telles, qu'il suffit souvent d'une médication appropriée (vomitive, purgative ou autre) pour voir céder l'éruption de la peau.

En second lieu, les diverses formes d'herpès et le zona. Et par herpès, j'entends l'affection cutanée bien déterminée par sa forme *circinée,* et non pas ce que l'on nomme aujourd'hui comme on le faisait avant d'avoir acquis une précision de diagnostic que Willan et Batmann ont imprimée aux maladies de la peau ; car aujourd'hui comme autrefois, grâce à la fâcheuse épithète de diathèse *herpétique,* on qualifie d'herpès toutes les affections cutanées, comme on le faisait avant Alibert. En d'autres termes, on fait très-bon marché du diagnostic.

Eh bien, la liaison de l'herpès et du zona avec l'état saburral des voies digestives ou avec des gastralgies est si commune que, pour guérir un herpès, même chronique, il suffit souvent de traiter la gastralgie.

L'eczéma, au contraire, n'a pas toujours de liaison directe avec une maladie de tel ou tel organe de préférence à tel autre. Par contre, il peut coexister, coïncider ou avoir des rapports intimes avec des maladies de presque tous les organes de l'économie.

Les lichens ont souvent une existence tout à fait indépendante ; il y a plus, s'ils surviennent dans le cours d'une affection chronique des voies digestives ou respiratoires, ils la jugent, la diminuent ou

la font même disparaître ; un individu affecté d'un lichen vous dira souvent qu'il a beaucoup plus d'appétit et qu'il digère mieux ou qu'il respire mieux depuis l'apparition de sa maladie de la peau ; il faut en excepter le cas de coïncidence du lichen avec la diathèse rhumatismale que l'on rencontre le plus souvent liée aux sécrétions acides de l'estomac et des reins ; je dis diathèse rhumatismale et non pas rhumatisme, ce qui est tout différent à mes yeux. Un muscle peut devenir douloureux quand il reçoit un courant accidentel d'air froid, comme cela a lieu pour l'inflammation de la plèvre et des poumons. Là n'est pas la diathèse rhumatismale qui, plus ou moins fatalement, atteint les muscles ou les articulations, et les organes internes de l'économie plus tôt ou plus tard.

C'est donc dans la diathèse rhumatismale quc le lichen, loin d'améliorer l'état maladif d'un organe interne, ajoute à cette maladie. Il trouve alors son remède naturel, mais souvent inefficace, dans l'emploi des alcalins à l'intérieur et à l'extérieur, ce qui n'a pas lieu quand l'état diathésique n'existe pas.

Lc prurigo, autre affection à forme papuleusc, mais très-distincte dans ses caractères anatomiqucs, coïncide et a des relations intimes avec les maladies du foie, à la condition qu'il sera généralisé sur le corps ; car s'il est localisé, limité à une partie circonscrite, ce sont souvent d'autres coïncidences. Ainsi, le prurigo génital de la femme est presque toujours lié au diabète, tandis que le prurigo de l'anus, si fréquent chez l'homme, n'a pas, en général, de rapport direct avec une maladie d'un organe interne. Sa suppression plus ou moins rapide, lorsqu'il est ancien, peut deveuir la cause d'un état morbide interne ; mais, à moins qu'il n'ait succédé à un état morbide antérieur, il peut être atténué et guéri peu à peu sans danger, s'il n'a pas plusieurs années de durée.

Les affections pustuleuses, impétigo, eczéma impétigineux, sont plutôt des émonctoires de l'économie qui, dans beaucoup de cas, révèlent un état malingre mais non maladif. Chez l'enfant surtout, cette circonstance est très-tranchée ; seulement, en fait de coïncidence, et même de liaison directe, c'est plutôt une liaison avec le tempérament et la constitution qu'avec une maladie d'un organe spécial de l'économie ; ainsi, le lymphatisme exagéré, avec ou sans scrofule.

Il n'en est plus de même des acnés pustuleux en général. Ceux-ci, qui d'ailleurs peuvent se rattacher quelquefois au lymphatisme, tiennent le plus souvent à l'organisation de la partie de peau malade. Je dis partie de peau malade, car l'acné a surtout son siége

sur le dos ou sur la figure, et tel qui a des pustules nombreuses d'acné sur le dos, ce que l'on voit très-bien chez les jeunes gens aux bains froids, n'a pas une seule pustule à la figure et n'en aura quelquefois jamais. L'état contraire se remarque fréquemment; aussi ai-je décrit avec soin cette peau épaisse, d'un blanc mat opalin, sur laquelle siége ordinairement l'acné pustuleux.

Et voyez comme la forme morbide peut différer, et au point de vue de l'état anatomo-pathologique de la maladie et au point de vue de l'organisation du tissu sur lequel elle repose. J'ai décrit une acné miliaire qui n'avait jamais été spécifiée et qui simule par la disposition et la poussée des pustules l'état syphilitique ; or, cet acné miliaire ne se trouve que sur la peau très-fine des visages.

Mais, dira-t-on, n'est-ce pas une même maladie tenant à une cause générale toujours la même, mais dont l'organisation de la peau constitue la seule différence dans les formes ? Il faut bien le dire, à part les formes essentiellement lymphatiques, l'acné est une maladie le plus souvent locale..

Il est une autre forme de maladie pustuleuse qui est presque toujours liée à un état général : je veux parler des furoncles et de l'anthrax. Mais on ne saurait la rattacher aux diathèses herpétiques, arthritiques, strumeuses ou syphilitiques; j'en suis fâché pour la nomenclature : c'est à l'état anémique, c'est à cet état que l'on peut vulgairement traduire par un appauvrissement du sang, qu'il faut rattacher ces maladies. Il en est de même du rupia, du pemphigus, affection qui ne saurait rentrer, en fait de diathèse, que dans l'état anémique ou cachectique.

Enfin, il est une forme morbide qui est, en général, le cachet des meilleures constitutions, et qui se rencontre principalement chez les personnes les mieux constituées et qui jouissent de la meilleure santé : je veux parler du psoriasis. A cet égard, on en voit bien peu d'herpétiques, d'arthritiques, de scrofuleux et de syphilitiques. Le plus souvent, le psoriasis a été transmis par les parents, avec la coïncidence de force et de santé. Non pas que je nie l'existence des syphilides squammeuses ou du psoriasis syphilitique, ce serait me prêter l'absurde; mais je parle du psoriasis franc, tel que nous l'observons tous les jours.

Il n'en est plus de même des variétés de pityriasis *alba*, *rubra*, *versicolor* et *nigra*. Les deux premières espèces peuvent se relier avec certains états des voies digestives et la troisième avec les maladies du foie et la phthisie, sous la dénomination commune de *taches hépatiques*.

De l'ensemble de ce tableau rapidement esquissé, il faut déduire cette première conséquence, c'est qu'une maladie à la peau n'est souvent que le reflet de l'état pathologique d'un des principaux organes de l'économie.

C'est la donnée qui, au point de vue thérapeutique, doit appeler toute l'attention du médecin. Et si les médications externes sont si souvent impuissantes, c'est à cette cause surtout qu'il faut rattacher cette impuissance.

Certes, la médication externe a ses données, ses règles, ses indications ressortissant de l'expérience et de l'emploi de certains agents de préférence à d'autres, mis en regard des maladies qui peuvent s'offrir au médecin; mais que peut, dans un grand nombre de cas, cette médication qui n'atteint pas une cause permanente éloignée du point malade? Aussi, lorsque le succès vient à couronner son emploi, ce n'est qu'un succès éphémère. Le malade est blanchi, comme le disent nos hôtes de l'hôpital, et peu de temps après l'affection apparaît à nouveau.

Un médecin qui traite plus spécialement les maladies de la peau n'est, à mes yeux, spécialiste qu'au point de vue des principes qui peuvent le diriger dans le traitement de ces maladies, c'est-à-dire de la grande habitude qu'il a acquise en remontant à la cause du mal. Or, ces causes sont toujours multiples, et celui-là ne serait pas un médecin qui se bornerait à voir le malade qui lui serait présenté sans interroger immédiatement tout l'organisme.

Ce serait donc, en définitive, une bien pauvre thérapeutique que celle qui, rattachant les maladies toujours à une des quatre grandes causes connues et professées aujourd'hui, se bornerait à dire, quelles que fussent la forme morbide et la liaison avec une maladie donnée d'un organe interne : affection cutanée *dartreuse*, arsenic; *arthritique*, alcalins; *strumeuse*, sulfureux, huile de foie de morue; *syphilitique*, mercure et iodure de potassium.

Or, avoir présenté le tableau très-sommaire des liaisons les plus communes des maladies de la peau avec les maladies de certains organes de l'économie et avoir spécifié les formes morbides qui s'y rattachent le plus souvent, c'est avoir mis sous les yeux du praticien un avertissement utile et nécessaire; car, partant de ces données générales, il lui suffira d'interroger le malade pour reconnaître ces liaisons et diriger un traitement conforme à ces rapports, et non pas le traitement banal auquel conduisent les doctrines du jour.

On a, il est vrai, simplifié la thérapeutique des maladies de la

peau; le médecin n'a plus à faire choix qu'entre quatre ou cinq médicaments; c'est là le beau côté de toutes les doctrines; mais à combien de déceptions ne conduisent-elles pas? Aussi ont-elles une durée d'existence de quelques années seulement, durée brillante, mais toujours très-limitée. Dans l'espèce, ces doctrines ont pris faveur d'autant mieux que la généralité des médecins ne savent pas porter un diagnostic en présence d'une affection de la peau, et qu'avec les deux mots : dartre et herpès, ils satisfont pleinement le malade.

Mais la conscience est-elle satisfaite? On le lui laisse croire. Toujours est-il que la médecine pratique ne saurait se contenter de si peu, et que la base d'une saine et bonne thérapeutique est un diagnostic net et précis, sans lequel on ne procède que par tâtonnement.

Dans un prochain article, nous chercherons à faire connaître en quoi diffère la thérapeutique des maladies cutanées, telle que nous la comprenons, de la thérapeutique qui est la conséquence des doctrines nouvelles.

Des indications de la saignée dans le traitement de la pneumonie [1];

Par M. le docteur Jaccoud, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Messieurs,

Une femme de trente-huit ans est entrée salle Sainte-Anne, n° 8, au cinquième jour d'une pneumonie droite, qui avait produit l'hépatisation complète, absolue, du lobe inférieur et du lobe moyen.

La courbe thermométrique vous montre que la température n'a pas dépassé 39°,8, et que la crise, commencée le septième jour au matin, complétement effectuée le neuvième, n'a pas présenté l'abaissement continu caractéristique. Ces irrégularités, qui indiquent que la maladie n'a pas eu dans ses allures sa précision habituelle, ont été le fait des conditions générales de la maladie. La lésion n'a présenté rien d'insolite, ni dans sa période d'état, ni dans son déclin.

---

[1] Nous sommes heureux de pouvoir donner à nos lecteurs quelques fragments des leçons cliniques professées à la Charité par M. Jaccoud, qui vont paraître très-prochainement à la librairie Delahaye.

Bien qu'âgée de trente-huit ans seulement, cette femme avait une apparence cachectique qui frappait au premier coup d'œil, et qui a survécu à sa maladie. C'est que, de constitution naturellement chétive, cette malheureuse a porté le rude fardeau de la misère, et que son organisme s'est depuis longtemps épuisé pour suppléer à une réparation insuffisante. Dans de telles conditions, il était certain qu'une maladie aiguë quelconque prendrait chez elle la forme adynamique, et lorsque vous l'avez vue au cinquième jour de sa pneumonie, vierge de tout traitement, elle vous offrait en effet un tableau saisissant de l'état de collapsus.

La route à suivre était donc nettement tracée; et, laissant de côté toute méthode thérapeutique dépressive, il fallait s'occuper au plus vite de soutenir cet organisme défaillant, et lui donner, s'il en était temps encore, les forces nécessaires pour supporter la maladie et en attendre la résolution.

D'où vient donc que j'ai hésité quelques instants avant de prendre un parti, et que vous m'avez entendu discuter l'opportunité d'une saignée?

C'est que notre malade présentait, avec son adynamie profonde, une dyspnée énorme, qui l'obligeait à être assise plutôt que couchée dans son lit. Sa respiration haute, anxieuse et gémissante, atteignait 40 par minute, et si quelque chose pouvait étonner, c'était l'absence de cyanose, avec une gêne aussi notable de l'acte respiratoire. Or, la dyspnée dans la pneumonie a toujours été donnée comme une indication positive de la saignée, et en présence de l'anxiété de la malade, je ne pouvais m'empêcher de songer à ce précepte traditionnel. Je savais qu'en pareille occurrence, une large émission sanguine est un moyen héroïque qui fait justice du symptôme dyspnée avec une rapidité vraiment merveilleuse. Je savais aussi que la gêne de la respiration peut contribuer puissamment à la production du collapsus, et, au milieu de ces éléments contradictoires, j'hésitais. L'hésitation, vous le voyez, était plus que légitime, elle était un devoir; car c'était ici un de ces cas dans lesquels une détermination inopportune peut tuer le patient.

En somme, nous nous trouvions en présence de deux indications opposées: la dyspnée commandait impérieusement la saignée, les conditions antérieures et l'état général de la malade défendaient d'y avoir recours. Il n'y avait pas de conciliation possible entre ces deux termes; il fallait choisir et obéir sur l'heure à l'une de ces indications. Laquelle devait être suivie? voilà la question.

Après une nouvelle et attentive appréciation, j'ai rejeté la sai-

gnée, et j'ai prescrit du vin de Bagnols et de l'extrait de quinquina. Ce sont les raisons de ma détermination que je veux maintenant vous exposer. Il me suffira pour cela de vous rappeler le mode pathogénique de la dyspnée dans la pneumonie, et d'examiner avec vous l'action précise de la saignée sur ce phénomène.

Il s'en faut que la dyspnée pneumonique ne reconnaisse d'autre cause que les modifications physiques subies par le parenchyme pulmonaire. Cette interprétation, qui est assez généralement adoptée, est beaucoup trop exclusive. Je suis loin de nier l'influence de ces conditions mécaniques; mais elles n'agissent pas seules, et, le cas de pneumonie double excepté, ce n'est pas à elles, selon moi, qu'appartient l'influence prépondérante. En fait, cette accélération et cette brièveté de la respiration qui constituent la dyspnée de la pneumonie, tiennent à plusieurs ordres de causes. Il y a d'abord la congestion phlegmasique et l'exsudation consécutive, qui diminuent mécaniquement le champ de l'hématose; il y a ensuite l'hyperémie et l'œdème collatéraux, souvent considérables, qui se développent autour des points enflammés, condition qui a sur la circulation pulmonaire, et partant sur l'échange gazeux, une action identique avec la précédente. Il y a enfin, dans certains cas du moins, la douleur thoracique, qui oblige le malade à diminuer volontairement l'amplitude des mouvements respiratoires. Voilà trois conditions purement mécaniques, dont les effets s'ajoutent, et ont pour résultat final, quoi? la diminution de la proportion d'oxygène dans le sang, et l'augmentation de la quantité d'acide carbonique. Ces conditions mécaniques concourent donc puissamment, je le dis encore, à la production de la dyspnée. Mais remarquez, messieurs, que si elles étaient seules à agir, la gêne et la fréquence de la respiration seraient toujours proportionnelles à l'étendue de la lésion pulmonaire; or, il y a longtemps que l'observation nous a appris ce que nous devons penser à cet égard. On voit des pneumoniques dont la respiration est à peine troublée, quoique l'inflammation occupe une grande partie d'un poumon; vous en verrez d'autres qui, avec une hépatisation grande comme le creux de la main, sont tourmentés d'une dyspnée intense. Il faut donc de toute nécessité que d'autres influences soient en jeu. Quelles sont-elles? Nous allons le voir.

Les causes mécaniques précédemment énumérées ont pour effet de diminuer la proportion d'oxygène qui entre dans le sang; eh bien, la composition de ce liquide, telle que la crée la maladie, agit directement dans le même sens. L'augmentation considérable de la fibrine a pour conséquence une diminution relative des globules

rouges, lesquels, vous le savez sans doute, sont les véhicules de l'oxygène dans l'intimité des tissus ; de là une diminution de ce gaz relativement à la quantité totale du sang en circulation. Cette cause efficace de dyspnée, qui a été signalée par Dietl, ne doit jamais être perdue de vue. — Ce n'est pas tout encore.

Tandis que tout concourt à diminuer l'apport de l'oxygène, la dépense en est considérablement augmentée par suite de la fièvre, dont la caractéristique constante est une suractivité anormale des combustions organiques. Plus la fièvre est intense, plus les combustions sont actives, plus est grande la consommation d'oxygène. Aussi voyez-vous la dyspnée pneumonique être constamment proportionnelle à la vivacité du mouvement fébrile, tandis qu'elle est loin d'être toujours en rapport avec l'étendue de la lésion.

Au résumé, messieurs, les conditions anormales créées dans l'organisme par l'inflammation du poumon ont pour effet de restreindre l'introduction de l'oxygène et d'en augmenter la dépense; conséquence finale : diminution notable de la proportion de ce gaz dans le sang, et surcharge proportionnelle en acide carbonique. Songez maintenant au mécanisme physiologique de l'acte respiratoire; rappelez-vous que le sang, pauvre en oxygène et riche en acide carbonique, exerce sur le centre moteur de l'appareil de respiration, c'est-à-dire sur la moelle allongée, une excitation exagérée, qui a pour effet constant et fatal l'accélération des mouvements respiratoires; pensez enfin que l'amplitude de ces mouvements est toujours en raison inverse de leur nombre, et vous serez pleinement éclairés sur les conditions et le mécanisme pathogéniques de la dyspnée dans la pneumonie ; vous comprendrez aussi pourquoi la respiration, même alors qu'elle ne mérite pas la qualification de dyspnée, est toujours plus brève et plus fréquente qu'en l'état de santé.

Or, la saignée n'agit que sur l'élément mécanique de la dyspnée. Vous enlevez du sang : aussitôt la tension s'abaisse dans le système artériel, et particulièrement dans l'artère pulmonaire où elle était anormalement accrue; la circulation du cœur aux poumons devient plus active, la stase périphérique diminue autour du tissu hépatisé ; et cet ensemble de circonstances, perméabilité plus grande du poumon, renouvellement plus complet et plus rapide du sang dans l'appareil respiratoire, concourt à faciliter l'aération du liquide. La physiologie enseigne que, dans ces conditions nouvelles, la dyspnée doit diminuer ; elle diminue en effet, le soulagement du malade est instantané. Mais attendez un peu, vous allez voir ce qu'il en faut penser.

Ce soulagement, messieurs, est fatalement temporaire. Quelques heures à peine se sont écoulées depuis la saignée, que déjà le sang extrait est remplacé par de l'eau; de sorte qu'au point de vue mécanique, les conditions de la circulation redeviennent sensiblement les mêmes. La dyspnée reparaît alors plus intense qu'auparavant, pour des raisons que je dirai bientôt, et si vous voulez rendre à votre malade l'amélioration momentanée dont il a joui, il faut absolument lui pratiquer une nouvelle saignée, que souvent du reste il demande lui-même, tant il a été soulagé par la première. Les mêmes effets, puis les mêmes nécessités se reproduisent ainsi, jusqu'à ce que la résolution de la phlegmasie et la chute de la fièvre fassent disparaître définitivement, et la dyspnée, et les causes qui lui donnent naissance.

Retenez donc ce premier fait : le soulagement produit par la saignée est momentané, parce que les conditions mécaniques qu'elle modifie se reproduisent nécessairement au bout de quelque temps. Ce n'est pas tout. La saignée produit dans la constitution chimique du sang des modifications importantes qu'il est essentiel de connaître, pour apprécier exactement l'action de ce moyen thérapeutique. Les plus importantes de ces modifications sont les suivantes : augmentation de l'eau, accroissement de la fibrine, diminution des globules ; conséquemment, la saignée agit sur le sang de la même manière, dans le même sens que la phlegmasie ; et comme cet état du sang est, ainsi que nous l'avons vu, une cause efficace de dyspnée, il s'ensuit que votre émission sanguine, qui atténue pour un moment quelques-unes des conditions mécaniques de la gêne respiratoire, ajoute directement à la puissance des causes chimiques qui entretiennent ce symptôme. Vous perdez d'un côté ce que vous gagnez de l'autre, et vous tournez ainsi dans un véritable cercle vicieux. Ce circuit n'a pas d'issue, à moins que la nature n'amène la résolution de l'inflammation, et l'observation confirme cette conclusion anticipée que dicte la physiologie.

En dernière analyse, la saignée soulage merveilleusement le symptôme le plus pénible de la pneumonie, la dyspnée; et si l'on répète le remède à mesure que le mal se reproduit, on peut ainsi donner au patient le bénéfice d'un soulagement durable, grâce auquel il traverse plus paisiblement les phases naturelles de sa maladie.

Mais, messieurs, songez-y bien : le premier devoir du médecin n'est pas de soulager, c'est de guérir, ou, pour dire plus vrai, d'aider le malade à guérir. Si la saignée était un moyen parfaite-

ment inoffensif, cette réflexion n'aurait pas de raison d'être, c'est évident; mais il n'en est point ainsi.

Ce soulagement que vous procurez au malade n'est point un don gratuit, c'est lui qui en fait les frais, il le paye du sang que vous lui enlevez; reste donc à savoir s'il est en état de supporter cette dépense. Question d'autant plus légitime, qu'il s'agit ici d'une dépense de luxe, car quelque grand que soit le soulagement du symptôme, la durée de la maladie n'en est pas modifiée d'une heure, tenez-le pour certain.

Il y a là une question d'appréciation individuelle qui se présente à vous dans toute pneumonie avec dyspnée intense : vous avez entre les mains un moyen merveilleux d'atténuer ce symptôme si pénible, mais vous savez que ce moyen a aussi pour résultat constant un affaiblissement plus ou moins notable. Chaque malade vous impose donc le problème suivant : Faut-il soulager la dyspnée au prix d'une certaine débilité ? A cette question, qui ne doit jamais être laissée sans solution, vous répondrez de diverses manières, mais toujours d'après la même méthode.

C'est une estimation proportionnelle à établir entre les forces du malade, la durée et les effets de la maladie, d'une part, et les résultats connus du traitement palliatif d'autre part. Vous êtes, par exemple, au deuxième jour d'une pneumonie : déjà, si vous avez recours à l'exploration thermométrique, vous pouvez prévoir quelle sera l'intensité maximum du mouvement fébrile, et partant la perte imposée à l'organisme du fait de la fièvre; vous savez que votre malade devra supporter cette consommation exagérée de sa propre substance pendant sept ou huit jours encore peut-être, car rien ne vous indique à l'avance si sa pneumonie entrera en défervescence le sixième, le neuvième ou le dixième jour ; et, dans cette incertitude, la prudence veut que votre appréciation soit basée sur le délai maximum. Muni de ces données, qui sont l'élément fixe du problème, le médecin doit examiner si le malade est en état de supporter une spoliation artificielle ajoutée à la spoliation naturelle qui résulte de la maladie. Cet élément, essentiellement mobile, est fourni par l'âge de l'individu, sa constitution, son état habituel de santé, et les conditions dans lesquelles il a contracté sa pneumonie. Si tous ces renseignements sont favorables et concourent dans le même sens, faites une saignée, répétez-la au besoin : dans cette situation bien définie, vous êtes certain de soulager le patient sans compromettre l'avenir; dans le cas contraire, abstenez-vous, car vous ne devez pas, dans le but de combattre un symptôme, quelque

pénible qu'il soit, enlever à votre malade les ressources dont il a besoin pour atteindre le terme de sa phlegmasie. Il va sans dire que l'intensité même de la dyspnée doit être prise en considération dans cette pondération médicale, qui doit précéder la détermination pratique. Il est des cas, heureusement rares, dans lesquels ce symptôme est assez violent pour être par lui-même une cause de danger prochain : il faut alors, c'est le cas de le dire, parer au plus pressé, et, au risque même de débiliter le malade, il convient de combattre un phénomène dont la violence peut tuer avant la résolution de la maladie.

Telles sont, messieurs, les bases de cette appréciation, dont je puis bien vous indiquer les principes, mais dont les nuances, infiniment variables, échappent à toute description didactique ; c'est là le domaine du tact médical. Vous avez cependant pour cette estimation clinique un guide fidèle qui ne vous fera jamais défaut, si vous savez l'interroger : ce guide, c'est le pouls. Lorsqu'il est plein, ample et fort, il vous donne un renseignement d'une valeur absolue, et le symptôme est aussitôt interprété que constaté. Avec un pareil pouls, il n'y a pas de débilité actuelle, il y a chez le malade une force suffisante pour que vous puissiez recourir à un traitement spoliateur, si les autres conditions le demandent. Mais la situation est moins nettement définie lorsque, comme chez notre femme, le pouls se distingue par sa petitesse. Il ne sera pas inutile de nous arrêter quelques instants sur ce point.

Les anciens ont dit que la petitesse du pouls n'est pas toujours une contre-indication de la saignée, parce qu'elle n'est pas toujours un signe de faiblesse; on peut, dans la période ascensionnelle et dans la période d'état des maladies aiguës, de la pneumonie entre autres, observer un pouls petit chez des individus robustes et bien constitués, qui possèdent, et au delà, les forces nécessaires pour mener à bonne fin leur maladie. Il y a alors, suivant le langage de l'école, oppression des forces, et non débilité réelle : la preuve, c'est que, si l'on pratique une saignée, le pouls se relève et reprend de l'ampleur et de la force. Cela est parfaitement exact ; et, quoique je n'aime pas beaucoup cette expression d'oppression des forces qui voilait, sous une figure mystique, l'ignorance de la cause des phénomènes signalés, je conviens que l'assertion empirique et le conseil pratique qui en découle sont fondés sur une observation rigoureuse.

Mais, d'un autre côté, il est des cas plus nombreux encore où la petitesse du pouls, se liant à une débilité réelle, devient une contre-

indication positive de la saignée; le même phénomène symptomatique peut ainsi fournir deux indications opposées, et il devient extrêmement important de distinguer entre ces deux ordres de faits.

Je vous ferai connaître, dans un instant, les moyens de faire cette distinction au lit du malade; mais je veux d'abord vous donner la raison physiologique de la prétendue oppression des forces, c'est-à-dire de cette petitesse du pouls qui, chez un individu vigoureux, disparaît après une émission sanguine.

La lésion de la pneumonie a pour effet constant, nous l'avons vu, une gêne plus ou moins grande dans la circulation cardio-pulmonaire. Pour peu que cette gêne soit considérable, il se produit dans les cavités droites du cœur une stase sanguine qui, de proche en proche, gagne les viscères et les extrémités périphériques du système veineux. La difficulté de la déplétion des vaisseaux noirs augmente directement les obstacles que doit surmonter le sang artériel pour traverser le réseau capillaire, et, dans ces conditions mécaniques anormales, la contraction du cœur a beau se faire avec énergie, l'ondée sanguine est faible, le pouls est petit. Enlevez alors du sang, la stase disparaît, votre déplétion artificielle compense pour un temps l'obstacle qui existe sur un point de l'appareil circulatoire, les rapports convenables se rétablissent entre l'arbre artériel et l'arbre veineux; l'ondée sanguine n'est peut-être pas plus volumineuse, mais l'impulsion initiale qui la met en mouvement se transmet et se fait sentir avec plus de force dans les vaisseaux artériels; le pouls devient plus ample et plus fort, en un mot il se relève. Voilà la raison de ce phénomène singulier; voilà cette fameuse oppression des forces, dont tout le mystère est dans les modifications mécaniques que la lésion pulmonaire introduit dans le mode circulatoire. Inutile d'ajouter que si la petitesse du pouls tient à un état adynamique véritable, elle ne disparaît point après la saignée, qui l'accroît infailliblement.

Quant à la distinction clinique entre ces deux états opposés, elle est fort heureusement d'une simplicité égale à son importance; abstraction faite des autres conditions propres au malade, cette distinction est fournie nettement, sans erreur possible, par l'exploration du cœur et par le phénomène de la récurrence palmaire.

Si, avec un pouls petit, vous constatez que les battements cardiaques sont énergiques et réguliers, si l'impulsion est forte, si en un mot il y a discordance, au profit du cœur, entre la force de l'organe central de la circulation et celle des pulsations artérielles périphériques, soyez assurés alors que la petitesse du pouls ne provient pas

d'un état de faiblesse vraie; la débilité n'est qu'apparente, et si d'importants motifs vous commandent de tirer du sang, les qualités du pouls ne sont point en elles-mêmes une contre-indication. — Les résultats de votre examen comparatif sont-ils différents, existe-t-il une concordance parfaite entre la petitesse du pouls et la faiblesse du cœur, oh! alors la débilité est réelle; car cette concordance signifie que la petitesse du pouls n'est pas l'effet des conditions anormales de la circulation périphérique, elle signifie que la faiblesse de l'artère est la conséquence directe de celle du cœur, et comme celle-ci ne peut tenir qu'à la défaillance du système nerveux qui préside à la contractilité de l'organe, il y a là un signe positif d'adynamie vraie.

Ce mode d'appréciation peut être corroboré par l'examen de la récurrence palmaire. Ce signe, plus délicat que le précédent, peut vous être très-utile dans certains cas où, les battements du cœur n'étant, à vrai dire, ni faibles ni forts, vous hésitez sur la signification véritable du pouls. Voici en quoi consiste ce phénomène. Explorez la radiale d'un individu bien portant; puis après avoir acquis la notion des qualités du pouls, comprimez l'artère assez fortement pour en effacer le calibre : les battements disparaissent, cela va sans dire, et vous ne sentez plus le choc de l'ondée sanguine qui vient frapper le doigt compresseur sans pouvoir passer outre. Placez alors un doigt de votre autre main au-dessous du point comprimé, vous percevrez une pulsation dans le bout inférieur de l'artère : cette pulsation est fournie par une ondée récurrente qui passe à travers les anastomoses palmaires. En l'état de santé, cette pulsation rétrograde apparaît pour ainsi dire instantanément, dès que votre compression a rendu la radiale imperméable sur un point, et, de plus, le battement récurrent a les mêmes qualités de force et d'amplitude que le battement normal. Il n'en est plus ainsi dans la maladie. Dès que la puissance contractile du cœur faiblit, la pulsation récurrente palmaire retarde dans son apparition, et elle est notablement moins forte que la pulsation normale directe; à mesure que l'impulsion cardiaque diminue, le battement en retour s'atténue, jusqu'à ce qu'enfin il ne soit plus du tout perceptible, sinon à de rares intervalles, ce qui est toujours d'un fâcheux augure. Tel est le phénomène de la récurrence palmaire; fidèle dans les renseignements qu'il fournit, simple quant à l'exploration qu'il nécessite, ce signe ne mérite certainement pas l'oubli complet dans lequel il est tombé.

Les diverses sources d'indications que je viens de vous faire con-

naître, je les ai attentivement explorées chez notre malade, et mon hésitation n'a pas été de longue durée. A côté d'une dyspnée intense, indication positive de la saignée, nous trouvions une constitution ruinée par la misère, et un abattement complet. Cet abattement, d'ailleurs, était l'expression d'une adynamie réelle, car en même temps que le pouls était petit et sans résistance, les battements du cœur étaient faibles, l'impulsion sans vigueur, et la récurrence palmaire, à peine marquée, était difficilement appréciable. Toute spoliation était impossible : enlever à cette femme une fraction quelconque des ressources qui lui restaient, eût été une faute aux conséquences peut-être irréparables ; nous ne pouvions, nous ne devions pas exposer notre malade à un tel péril, dans le but unique de lui procurer un soulagement de quelques heures. Je n'ai pas fait de saignée, j'ai donné pour boisson du bouillon coupé, et pour tout médicament 2 grammes d'extrait de quinquina et 200 grammes de vin de Bordeaux. Bien m'en a pris d'avoir agi de la sorte, vous le verrez bientôt.

Mais, avant de vous raconter la fin de cette histoire, je tiens à compléter l'exposé des indications de la saignée dans la pneumonie. La dyspnée et l'élévation considérable de température qui existe le plus souvent avec elle ne sont point les seules circonstances qui indiquent les émissions sanguines ; cette méthode thérapeutique présente deux autres indications sur lesquelles règne un accord unanime.

Autour de la zone enflammée, bien et dûment hépatisée, se produit généralement une hyperémie collatérale qui se révèle par des râles sous-crépitants plus ou moins fins, entourant en ceinture la région du souffle et des râles crépitants. Cette hyperémie est souvent accompagnée d'une transsudation séreuse, qui a pour résultat l'infiltration œdémateuse d'une portion du parenchyme. Or, si ces altérations secondaires occupent une certaine étendue, elles deviennent par elles-mêmes une source de danger prochain ; ajoutant leurs effets à ceux de la lésion pneumonique, elles diminuent comme elle le champ de l'hématose, et peuvent amener l'insuffisance respiratoire. Si la congestion ou l'œdème occupe les deux poumons, le péril est plus pressant encore, cela est évident. Mais, tandis que la lésion inflammatoire est une lésion fixe sur l'évolution de laquelle vous ne pouvez absolument rien, ces hyperémies secondaires avec ou sans œdème sont des phénomènes mobiles, directement justiciables de la saignée. Dans ces conditions donc, et toute réserve faite, bien entendu, de l'état général du malade, faites une

large émission sanguine, répétez-la au besoin ; vous obéirez à une indication rationnelle, et vous amenderez positivement les accidents surajoutés à la maladie, du fait de ces congestions mécaniques secondaires.

Une troisième indication de la saignée est fournie par des phénomènes beaucoup plus rares qu'il importe de bien connaître. Ce sont la somnolence, la torpeur avec engourdissement et fourmillements des extrémités, la turgescence des jugulaires, la teinte cyanique de la face et des lèvres ; symptômes qui, isolés ou réunis, indiquent le ralentissement et la stase de la circulation encéphalique. Comme les précédents, ces phénomènes sont d'ordre mécanique, et la soustraction d'une certaine quantité de sang est le meilleur moyen de les dissiper.

On a prétendu qu'il y a une quatrième indication de ce moyen thérapeutique. Si, dit-on, vous voyez le malade tout à fait au début, alors qu'il n'existe que de l'engouement pulmonaire, c'est-à-dire la congestion qui précède l'hépatisation, vous pouvez, par une vigoureuse attaque au moyen de la saignée, dissiper cette congestion initiale et arrêter ainsi le développement ultérieur de la maladie. Rien de moins certain, sachez-le bien. Qu'une congestion mécanique disparaisse sous l'influence d'une émission sanguine convenablement abondante, cela n'est pas douteux ; encore cet effet n'est-il obtenu qu'autant que l'hyperémie est parfaitement simple, je veux dire sans modification aucune des éléments périvasculaires. Mais une congestion inflammatoire est accompagnée dès le début de changements importants dans toute l'étendue et dans tous les éléments du territoire qu'elle occupe, et réussît-on même à diminuer la quantité du sang dans cette région, ce qui n'est rien moins que prouvé, on n'aurait encore rien gagné quant au développement des lésions histologiques, contemporaines de l'hyperémie. Cette impuissance est surtout frappante pour la congestion pneumonique. En bonne conscience, cette congestion ne peut être attaquée que lorsqu'elle s'est manifestée. Or, par quoi se révèle-t-elle à nous ? Par les râles crépitants fins du début. Mais puisqu'il y a des râles crépitants, l'exsudation fibrineuse intra-vésiculaire a commencé à se faire, les éléments propres du tissu périvasculaire sont modifiés, et vous pouvez alors tirer du sang tant que vous voudrez ; vous n'empêcherez pas que les vésicules pulmonaires ne contiennent un liquide coagulable, vous n'empêcherez pas que ce liquide ne se coagule, partant vous n'empêcherez pas l'hépatisation et ses conséquences. C'est parce qu'on n'a pas assez tenu compte de cette dis-

tinction capitale entre la congestion simple, résultant uniquement d'un changement dans le calibre des vaisseaux, et la congestion inflammatoire, qui marche dès le premier instant avec des modifications matérielles des éléments histologiques, qu'on a cru pouvoir admettre l'indication que je combats. L'anatomie pathologique et l'observation démentent cette assimilation et la conséquence thérapeutique qu'on en a voulu tirer.

En résumé, l'opportunité de la saignée dans la pneumonie est limitée aux trois indications que nous avons précédemment établies : 1° dyspnée intense et température élevée; 2° troubles mécaniques de la circulation pulmonaire; hyperémie et œdème; 3° phénomènes de stase encéphalique. Ces indications rationnelles, basées, remarquez-le bien, sur la genèse et les effets des phénomènes morbides, doivent en toute circonstance prendre la place des propositions vagues et mal définies dans lesquelles a dû se renfermer pendant des siècles un empirisme peu éclairé. Et si ces indications sont purement symptomatiques, ne vous en étonnez point, je vous ai dit déjà qu'il n'en existe pas d'autres dans la pneumonie franche.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Discussion sur l'opération du trépan à la Société impériale de chirurgie ;

Par M. le docteur Tillaux, chirurgien de l'hospice de Bicêtre, membre de la Société de chirurgie.

Il y a plusieurs semaines déjà que la Société de chirurgie poursuit une importante discussion sur l'opération du trépan, à l'occasion d'un malade qu'avait observé M. le professeur Broca. Un jeune garçon, atteint d'accès épileptiformes à la suite d'une fracture de la voûte du crâne, avait été trépané avec un succès complet.

Plusieurs chirurgiens ont successivement pris la parole et des opinions fort diverses ont été exprimées au sein de la Société. Nous allons essayer de présenter aux lecteurs du *Bulletin* un résumé succinct de cette longue discussion, aujourd'hui terminée par une très-importante communication de M. Larrey.

MM. Broca, Deguise, Perrin, Trélat, Le Fort, Legouest, Giraldès, Verneuil, Després, Pétrequin (de Lyon), Larrey, ont apporté à la tribune, les uns, le résultat de leur pratique et de leurs observa-

tions personnelles ; les autres, le fruit de leurs réflexions et de leurs recherches bibliographiques.

Nous présenterons d'abord au lecteur un résumé des opinions de chacun et nous verrons ensuite s'il est possible de tirer des conclusions générales, si cette grosse question du trépan a fait un pas en avant.

Comme toutes les opérations qui ne reposent que sur des indications difficiles à préciser, la trépanation du crâne a subi des phases diverses. Jusqu'à la fin du dix-huitième siècle, tous les chirurgiens ont scrupuleusement suivi les préceptes hippocratiques; ils ont usé et abusé du trépan. Ils ne se contentaient pas de combattre ainsi des accidents cérébraux redoutables, ils avaient encore la prétention de les prévenir, alors que rien ne faisait prévoir qu'ils surviendraient. Pendant une longue suite de siècles, la *trépanation préventive* a été en honneur : un seul coup d'œil jeté sur les crânes déposés au musée Dupuytren montre avec quelle largesse cette opération était pratiquée.

Desault l'attaqua vigoureusement et fit partager sa conviction à la plupart des chirurgiens français.

Cependant Boyer, Dupuytren et leurs élèves, tout en se montrant beaucoup plus réservés que leurs prédécesseurs, étaient encore assez partisans de la trépanation du crâne pour que Malgaigne provoquât une seconde réaction. S'appuyant sur les observations cliniques, sur des expériences restées célèbres, Malgaigne proposa de bannir complétement, ou à peu près, le trépan de la pratique, et c'est sous l'influence de cet anathème qu'a été élevée la nouvelle génération chirurgicale. Malgaigne, esprit ardent, esprit original, connaissant peu les demi-mesures, avait à dessein peut-être, et selon son habitude, exagéré sa pensée. Cependant un très-petit nombre d'opérations de trépan ont été pratiquées dans les hôpitaux de Paris depuis quinze ans, et nous verrons, à la fin de cet article, s'il est juste d'abandonner complétement une opération sans doute redoutable, parfois inutile, mais aussi parfois salutaire.

M. Broca ne s'est préoccupé que des fractures du crâne avec enfoncement pouvant déterminer des accidents primitifs ou consécutifs.

« Il y a, dit-il, une catégorie de faits dont on n'a pas assez tenu compte; beaucoup d'individus guérissent avec des enfoncements du crâne sans avoir été trépanés; mais parmi les individus qui survivent, un certain nombre restent dans un état d'imbécillité qu'on ne doit pas méconnaître. Il n'en est point ainsi après les opérations

de trépan : les individus guérissent radicalement ou ils succombent.

« Les blessés qui guérissent d'un enfoncement du crâne sans avoir été trépanés sont encore exposés à des accès épileptiformes que la trépanation a fait cesser dans certains cas. Voilà certainement autant de motifs pour ne pas rejeter absolument le trépan et, pour ma part, je m'en déclare partisan dans des conditions déterminées.

« Lorsqu'il y a un enfoncement pur et simple, sans plaie, il faut attendre si les accidents cérébraux n'existent point; si l'enfoncement est énorme, il y a ordinairement des accidents immédiats qui réclament l'intervention. Quand les accidents surviennent, il faut agir vite, et je suis prêt à reconnaître que j'ai trop tardé dans le cas de mon jeune blessé. Je m'explique le succès que j'ai obtenu, d'une part, en considérant l'extrême jeunesse de mon opéré; d'autre part, la période tardive à laquelle je suis intervenu. La plaie cérébrale était voisine de la cicatrisation et, par suite, dans des conditions capables de s'opposer à la propagation de l'inflammation traumatique, qui enlève un certain nombre d'opérés. J'estimerais que le moment favorable pour intervenir serait vers le quinzième jour après l'accident. Je me résume en disant : 1° les fractures du crâne avec enfoncement ne comportent pas l'emploi du trépan quand il n'y a pas de complications cérébrales; 2° quand l'enfoncement se complique d'accidents cérébraux, il faut agir, si les phénomènes sont inquiétants; 3° quand il n'y a point urgence, eu égard à la nature des accidents, il faut de préférence attendre le quinzième jour. »

L'opinion de M. Broca est donc parfaitement nette, il faut trépaner quand *il y a enfoncement* des os du crâne avec des accidents primitifs ou consécutifs.

M. Deguise appuie la manière de voir de M. Broca; il ne comprend pas l'hésitation quand il y a enfoncement des os ou que l'on constate la présence d'un corps étranger dans la boîte crânienne. Il n'attend même pas l'apparition des accidents et trépane tout de suite, soit pour redresser, soit pour enlever les fragments.

M. Perrin a élargi notablement le débat; il a traité cette question de haute pratique chirurgicale comme un homme qui a vu beaucoup et qui sait bien voir; nous donnerons une certaine étendue au résumé de son argumentation, car c'est à son opinion que nous rattachons complétement la nôtre.

« Lorsque des corps étrangers, des pièces osseuses mobiles compliquent une fracture du crâne, je partage, dit-il, l'avis de M. Deguise, et le doute, je crois, n'existe pour personne : il faut appliquer

une ou plusieurs couronnes de trépan pour régulariser la brèche osseuse. L'embarras n'est pas là. Mais s'il s'agit de tracer les règles à suivre dans les cas de traumatisme du crâne non suivis de perte de substance osseuse, accompagnés du cortége de symptômes et d'accidents que nous connaissons tous, c'est autre chose. S'agit-il, par exemple, de la forme la plus commune des fractures du crâne par choc direct, celle dans laquelle de larges pièces osseuses, circonscrites par des traits de fracture, sont inclinées l'une vers l'autre de façon à produire un enfoncement de la voûte, que faudra-t-il faire? Faudra-t-il trépaner dans tous les cas pour redresser les os? Faudra-t-il régler son intervention sur la profondeur, l'étendue de l'enfoncement, sur son siége, sur l'âge du sujet, sur la nature ou la violence des accidents concomitants, etc.? S'agit-il encore de la conduite à tenir quand on croit à l'existence d'un épanchement de sang ou de pus dans la cavité arachnoïdienne, dans les mailles de la pie-mère? Autant de questions qui surgissent à l'esprit, et que je pose devant vous sans m'engager à les résoudre complétement.

« M. Broca a présenté d'une façon très-simple les indications du trépan dans les cas dont je viens de parler. Si je ne me trompe, elles peuvent se résumer ainsi : Après l'accident, attendez. Quand surviennent les complications, trépanez. C'est vers le quinzième jour que l'indication surgit le plus ordinairement.

« Mais la difficulté ne saurait être résolue de cette façon, car toutes les complications des fractures du crâne ne réclament certainement pas le trépan. A quoi servirait, en effet, le trépan contre des accidents dus à une commotion, à une contusion, à une méningo-encéphalite, à une suppuration diffuse dans les mailles de la pie-mère, etc.? »

Pour M. Perrin, et nous partageons complétement son avis, la trépanation n'est indiquée qu'autant que la complication est bien définie, localisée, circonscrite, les autres fonctions cérébrales restant intactes. Je citerai, comme exemple, les accès épileptiformes, une hémiplégie, peut-être une céphalalgie préexistante sur ce même point, etc. Dans ces cas, il me semble utile de trépaner, et de trépaner le plus tôt possible, puisque tout ajournement, sans avantage défini, a le grave inconvénient de laisser s'accroître le danger.

Et cependant, même dans ces cas, la guérison peut être obtenue par les seules ressources de la nature. M. Perrin a rapporté, à cet égard, plusieurs faits qu'on lira avec intérêt. Voici le plus curieux :

« Pendant le siége de Sébastopol, un capitaine du régiment de

grenadiers reçut, à mes côtés, au-dessus de l'oreille droite, un éclat de bombe qui enfonça la portion écailleuse du temporal. Le blessé, renversé sur le coup, resta quelque temps sans connaissance ; puis il revint à lui avec la plénitude de ses facultés, comme s'il n'eût reçu qu'une légère contusion. Le moment était critique : nous étions à la veille du premier assaut de Malakoff. Il voulut rester à son poste. Quelques heures plus tard, il tomba brusquement frappé d'hémiplégie, sans autres symptômes concomitants.

« A quelque cause que l'on ait songé à rattacher ce dernier accident, l'opération du trépan semblait bien indiquée. Mais nous étions sur le terrain ; je n'avais ni installation ni instruments appropriés; j'évacuai le blessé à l'ambulance la plus rapprochée. J'appris, quelques jours après, qu'une paralysie complète du mouvement avait rapidement succédé à l'hémiplégie. La mort était devenue imminente. Cet état se prolongea pendant quelques jours, après lesquels la motilité et l'intelligence reparurent progressivement. A partir de ce moment, l'état du blessé s'améliora de jour en jour. Chose digne de remarque, il survint alors des accès épileptiformes et un certain nombre de conceptions délirantes. Néanmoins, la guérison fut complète au bout de deux mois, et le malade fut évacué en France par mesure de précaution. Il reprit son service, et le continua, sans ressentir la moindre gêne de son grave acccident, jusqu'en 1860, époque à laquelle il vint succomber, au Val-de-Grâce, d'une pneumonie alcoolique. »

Il y avait eu évidemment, dans ce cas, un épanchement sanguin, qui peu à peu s'était résorbé.

M. Perrin a appelé ensuite l'attention de la Société sur des cas plus intéressants peut-être que les premiers. C'est lorsqu'à la suite de contusions du crâne limitées, en apparence sans gravité, surviennent des accidents tardifs, tels qu'exostose, foyer sanguin suppuré, etc. La trépanation est alors complétement indiquée, elle peut sauver la vie du malade.

Pour M. Perrin donc, à part l'extraction des corps étrangers et des esquilles mobiles qu'il faut toujours enlever, la trépanation est indiquée toutes les fois qu'à la suite d'un traumatisme du crâne, fracture ou contusion, surviennent des complications dont la cause est limitée à un seul point, à un point défini de l'encéphale et ne retentit pas sur l'ensemble des fonctions cérébrales, et, dans ce cas, il faut pour lui agir le plus tôt possible.

M. Trélat a fait observer qu'il serait très-disposé à accepter les conclusions de ses collègues, si le diagnostic pouvait être porté avec

précision, mais ce n'est pas le cas ; presque toujours le chirurgien en pratiquant l'autopsie dit : Si j'avais su, j'aurais trépané. Aussi croit-il que la question est encore entourée d'une grande obscurité, et que des statistiques bien faites, indiquant exactement la nature de la lésion, pourraient seules apporter des lumières utiles pour la solution de cette importante question.

M. Le Fort a prononcé un long discours favorable à l'opération du trépan et reposant sur l'analyse d'un grand nombre d'observations puisées dans les recueils anglais. M. Le Fort s'est attaché à démontrer que la lésion des couches corticales du cerveau, à la face convexe bien entendu, n'avait pas une très-grande gravité, que, par conséquent, la trépanation, l'incision même du cerveau n'étaient pas par elles-mêmes bien redoutables. Son discours, qui est plus théorique que pratique, n'a qu'un intérêt secondaire pour le *Bulletin*, aussi nous contenterons-nous d'en donner les conclusions :

« En résumé, dit-il, trois ordres de phénomènes dominent la pathologie des coups et blessures de la tête, et les indications thérapeutiques des accidents, au point de vue de l'opération du trépan : ce sont le coma, les convulsions, l'hémiplégie.

« Dans le coma, la règle est d'attendre.

« Dans les convulsions, le principe est de n'opérer jamais ou presque jamais.

« Dans l'hémiplégie simple ou compliquée de convulsions partielles, l'indication est d'intervenir toujours ou presque toujours, et d'intervenir de bonne heure.

« Dans le cas d'accidents tardifs, il faut intervenir si, à l'hémiplégie cérébrale, se joignent des signes de fracture avec dénudation du crâne ; et si, à la suite du trépan, on ne trouve pas d'épanchement, il ne faut pas craindre de porter le bistouri dans les couches extérieures du cerveau présumées être le siége d'un abcès.

« J'ajouterai enfin : dans tous les cas où le doute existe, il faut agir.

« Dans ces conditions, le trépan est une opération excellente qui mérite de prendre, dans la pratique de la chirurgie française, une place honorable aussi éloignée de l'engouement dont elle fut l'objet au temps de l'Académie royale de chirurgie, que du discrédit profond où elle est tombée aujourd'hui. »

Il est aisé de voir que ces conclusions, tout en étant un peu plus radicales, s'éloignent peu au fond de celles énoncées par M. Perrin.

Le président de la Société, M. Legouest, s'appuyant sur les statistiques étrangères, mais principalement sur sa propre pratique

pendant la guerre de Crimée, s'est montré l'un des partisans, je dirai même le partisan le plus déclaré de la trépanation.

Toutefois, malgré toute la compétence de ce chirurgien distingué, je crois que ses conclusions sont exposées assez vaguement pour ne pas entraîner la conviction; c'est le cas de dire, avec M. Giraldès, que le chirurgien agit alors sous l'influence de son aptitude particulière.

Je livre, du reste, les propres paroles de M. Legouest; le lecteur jugera lui-même :

« Je trépanerais donc aujourd'hui, avec tout le mondo, je crois, dans les cas de fissures ou fractures (peu de chirurgions, au contraire, sont de oet avis) : 1° lorsque les accidents immédiats sont graves, c'est-à-dire immédiatemcnt; 2° lorsque lcs accidents, bien qu'amendés, pcrsistent néanmoins, c'est-à-dire consécutivement.

« Quant à l'opération faite pour arrêter la reprise ou le développement d'accidents sérieux qui sont la plupart du temps le signal dc l'explosion de l'encéphalite, je la pratiquerais encore volontiers, bien qu'elle offre peu de chances de succès; mais je la pratiquerais, parce qu'au lieu d'une encéphalite diffuse, on peut mettre à découvert un foyer d'encéphalite localisée, parce qu'il faut tout tentcr pour sauver ses malades, sans être retenu par la crainte de se compromettre comme on l'a dit ici. Les chirurgiens ne sont compromis qu'autant qu'ils ne font pas tout ce qu'il est possible de faire pour arraoher leurs malades à la mort.

« Restent deux derniers points à examiner, celui où les os ont été contus ou simplement dénudés, et celui où les téguments sont restés intacts. Je les crois résolus par les considérations précédcntes. Ce n'est pas la lésion des os ou des téguments qu'il importe de considérer: ce sont les symptômes révélateurs de la souffrance du ccrveau. Quand ces symptômes existent avec ou sans lésion des os, avec ou sans intégrité des téguments, je crois qu'il faut opérer: d'autant que jc considère la trépanation du crâne comme une opération peu grave en elle-même; les expériences faites sur les animaux le prouvent surabondamment.

« Enfin, pour exprimer en quelques mots toute ma pensée, je dirai, si singulière que puisse paraître ma formule, qu'il y a très-probablement indication de trépaner toutes les fois qu'on doute s'il y a lieu de le faire. »

Ainsi que nous le dirons à la fin de cet article, nous ne partageons pas la manière de voir de notre éminent collègue.

M. Pétrequin, s'écartant de la discussion générale, s'est occupé

uniquement de la trépanation dans les cas de contusion du crâne. Le savant chirurgien de Lyon a exposé un véritable chapitre d'histoire de la chirurgie à propos du trépan. Il a rappelé et voulu remettre en honneur la pratique d'Hippocrate. Certes, nous sommes de cet avis, qu'une simple contusion du crâne peut fournir une indication de trépaner, mais seulement lorsque les accidents se seront développés. Malgré l'autorité d'Hippocrate et celle de Pott, je doute que M. Pétrequin puisse réhabiliter la trépanation préventive. Il aura beaucoup à lutter pour faire admettre aujourd'hui les propositions suivantes d'Hippocrate :

« Les lésions traumatiques du crâne qui réclament le trépan sont :

« La contusion, qu'elle se dérobe à la vue ou qu'elle soit apparente ;

« La fracture, qu'elle soit cachée ou manifeste ;

« La trépanation sera d'autant moins utile dans les fractures du crâne, que les os seront plus enfoncés et plus brisés. »

Enfin, M. Larrey a clos la discussion par la lecture d'un travail volumineux qui emprunte une importance toute particulière à la sagacité et à la situation de l'illustre chirurgien militaire. En voici les conclusions :

« Il y a indication de trépaner :

« 1° Dans les fractures de la voûte du crâne, soit par perforation plus ou moins profonde, soit avec enfoncement des fragments, lorsque la déchirure de la dure-mère du cerveau provoque des accidents graves et continus, sans que les tentatives de redressement soient possibles par d'autres moyens ;

« 2° Dans les fractures avec enclavement des corps étrangers ou des projectiles, dans l'épaisseur ou dans la cavité du crâne, si l'extraction ne peut en être faite autrement ;

« 3° Dans les lésions du crâne compliquées d'accidents immédiats et persistants de contusion et de compression du cerveau, soit avec épanchement reconnaissable, soit avec hémiplégie prolongée, pourvu que l'emploi préalable d'une thérapeutique active reste insuffisante.

« Il y a contre-indication de trépaner :

« 1° Dans les lésions profondes de la tête, sans localisation extérieure des accidents, et fatalement mortelles ;

« 2° Dans les fractures de la base du crâne ;

« 3° Dans les fractures les plus compliquées de la voûte crânienne, avec mobilité des fragments ou perte de substance osseuse formant une sorte de trépanation accidentelle ;

« 4° Dans les cas d'enfoncement osseux ou de pénétration de corps étrangers, si le redressement ou l'extraction en est possible par d'autres moyens mécaniques;

« 5° Dans toute fracture, limitée ou même étendue, qui ne serait compliquée d'aucun accident immédiat de compression;

« 6° Dans l'état de commotion cérébrale, comme dans l'inflammation du cerveau et des méninges, le trépan est reconnu non-seulement inutile, mais même nuisible. »

Que doit-on conclure de cette longue discussion sur la trépanation du crâne? D'abord, c'est qu'elle a été utile. On a pu dire que rien de nouveau n'avait été produit depuis la thèse de M. Velpeau en 1834. Mais quand il serait vrai que les opinions émises par la Société de chirurgie en 1867 se retrouvent dans le travail de l'éminent professeur, il n'en est pas moins important et utile d'entendre non plus un chirurgien, mais la majorité des chirurgiens de Paris exprimer leurs croyances sur un sujet de pratique aussi grave et aussi controversé. Certes la question n'est pas résolue au point de permettre des conclusions générales; la Société de chirurgie n'est pas en mesure de formuler une doctrine. Mais que l'on songe à la réprobation jetée par Malgaigne sur le trépan il y a quelques années, et l'on conviendra qu'une réaction salutaire s'est opérée.

Tous ont été d'avis que le trépan était utile pour enlever les esquilles mobiles et les corps étrangers enclavés.

Dans les fractures avec enfoncement, celles qu'Hippocrate ne trépanait pas, M. Deguise a été le seul à préconiser le trépan, même avant l'apparition des accidents. La plupart ont été d'avis qu'il fallait redresser les fragments à l'aide du trépan, lorsque apparaissaient des accidents, soit primitifs, soit tardifs.

Dans les cas de fracture sans plaie extérieure ou de simple contusion du crâne, aucun chirurgien, si ce n'est M. Pétrequin, n'a conseillé le trépan préventif.

S'il survient des accidents primitifs ou consécutifs faisant craindre une lésion généralisée à une grande partie de l'encéphale, bien qu'alors le diagnostic ne soit pas certain, la plupart conseillent de s'abstenir. Il faut trépaner, au contraire, si l'on suppose que les troubles se rattachent à une lésion localisée et accessible au chirurgien; c'est dans ce dernier cas seulement, à mon avis, que la formule de M. Legouest, agir dans le doute, peut et doit être admise.

CHIMIE ET PHARMACIE.

La coca du Pérou.

La *coca* (*erythroxylon coca*) a joui et jouit encore d'une grande réputation au Pérou et dans plusieurs autres contrées de l'Amérique du Sud. Pour les Indiens du Pérou, c'est le remède universel, dont la vertu apaise, selon eux, le ciel irrité, qui leur envoie les maladies qui résistent au traitement ordinaire. Mais, sans être aussi crédule que ces peuples, on doit reconnaître à la *coca* une valeur certaine que M. Manuel A. Fuentès a voulu affirmer en résumant les documents fournis par les écrivains les plus accrédités du Pérou et en s'appuyant sur l'expérience de plusieurs médecins.

Nous n'insisterons pas sur l'emploi que les Indiens font des feuilles de la *coca* qu'ils mâchent, de même que les Orientaux mâchent le *bétel*, pour soutenir leurs forces et remplacer en quelque sorte les aliments. Bien que plusieurs auteurs aient voulu nier cette propriété de la *coca*, il est aujourd'hui constant que les Indiens de la montagne, qui, parmi les indigènes du Pérou, sont ceux qui en font le plus fréquent usage, se livrent aux labeurs les plus rudes. Pour résister aux fatigues de l'exploitation des mines, du service de la poste à travers les Cordillères, ils n'ont d'autres aliments qu'une poignée de maïs, quelques pommes de terre et leur sac de *coca*. Une preuve incontestable de l'efficacité de cette plante, c'est que les Indiens qui en abandonnent l'usage perdent leur ancienne vigueur et la puissance qui leur permettait de résister à la fatigue et à l'inclémence des saisons, quand bien même ils améliorent leur régime alimentaire.

Donnée aux malades sous forme d'infusion, la *coca* excite la transpiration, et rétablit les fonctions de l'estomac à la manière du thé. Un pharmacien européen, établi à la Paz, a composé un *sulfate de cocaïne*, analogue au sulfate de quinine, et qui a été reconnu efficace contre les fièvres intermittentes; du reste, dans le pays, la *coca* est, assure-t-on, antipériodique. Le docteur Schwalk, qui a longtemps parcouru le Pérou, a cité plusieurs observations qui tendent à démontrer que l'usage de l'*erythroxylon coca* donne d'excellents résultats dans certaines formes de pneumonie, et plus récemment le docteur Reis a publié dans ce recueil un article où il préconise les effets salutaires de cette plante dans les affections cholé-

riques. Il y aurait certainement de l'intérêt à la voir expérimenter chez nous.

Quand on mâche la *coca,* elle répand un certain parfum et présente une saveur huileuse, amère, accompagnée d'une légère astriction. La membrane qui tapisse l'intérieur de la bouche éprouve une légère irritation, suivie d'une chaleur modérée qui persiste peu de temps. La salive s'épanche abondamment et s'imprègne d'un jus épais et vert : après quelque temps de mastication, le résidu ne contient plus que la partie fibreuse de la feuille dépouillée entièrement de son parenchyme. Quand la *coca* n'est pas tout à fait séchée, on sent au toucher une espèce de miel qui la recouvre; la saveur et l'odeur sont alors plus fortes.

L'*erythroxylon coca,* que dans ces derniers temps M. Denis a pu faire germer à Hyères, demande des terrains humides et gras, sous un climat chaud : il est essentiel de protéger la jeune plante contre les rayons du soleil, dont la force lui occasionne de graves dommages. Qu'on la plante en pépinière ou qu'on la sème en place, la *coca* commence à donner des feuilles en abondance dès la seconde année et continue ainsi pendant un certain nombre d'années, sans qu'il soit besoin de faire une nouvelle plantation. On peut en faire trois récoltes par an, appelées *nutas* par les Indiens; mais, pour obtenir des feuilles de bonne qualité, il faut avoir soin de sarcler le terrain au fur et à mesure que les mauvaises herbes paraissent; sans cette précaution, le produit a un goût insupportable. La récolte commence dès que les feuilles ont atteint leur entier développement, qui est de 4 centimètres; elles ont acquis alors une certaine consistance : la couleur verte, semblable à de l'émeraude, que présente leur face supérieure et la couleur jaune pâle de leur face inférieure, se trouvent dans tout leur éclat. Ces feuilles, qui alors se détachent très-aisément, sont étendues au soleil et rangées ensuite en magasin; il faut que la dessiccation, tout en étant rapide, ne soit pas portée trop loin, car alors la *coca* se décolore, perd son goût et se réduit en poussière. Si la dessiccation n'est pas bien faite, la *coca* pourrit, prend un goût désagréable et exhale une odeur fétide; elle *pue le bouc,* disent les Indiens.

La *coca* est transportée à dos d'homme ou à dos de mule, sous forme de petits sacs en laine du pays, ou dans des paniers de roseau fendu, recouverts de feuilles de la même plante et attachés avec des cordes de *maguey.* Les sacs pèsent environ 3 *arrobas* (33 kilogrammes).

Pour conserver la *coca,* il suffit de l'enfermer dans des flacons

bien bouchés et à l'abri de l'humidité, ce qui permet de la garder pendant plusieurs années et de la transporter au loin sans détérioration.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Bons effets du bromure de potassium dans la coqueluche.

L'action physiologique, bien connue aujourd'hui, du *brome* et de ses principaux sels devait tout naturellement engager les médecins à en faire l'essai dans une maladie aussi rebelle que la coqueluche, et dont la durée a souvent, chez les enfants, une action fâcheuse. Déjà depuis longtemps, en Angleterre, le bromure d'ammonium a été employé dans cette affection, et on a signalé ses heureux effets ; malgré cela, l'usage ne s'en est pas généralisé en France.

Une épidémie qui sévit depuis plusieurs mois dans la contrée où j'exerce m'a permis de comparer les effets des diverses médications préconisées dans la coqueluche, et je n'ai point tardé à reconnaître que les succès les plus rapides étaient dus, dans cette maladie, à l'emploi du *brome*.

Ma conviction était, *à priori*, qu'il devait en être ainsi. En effet, le phénomène symptomatique capital qui différencie la coqueluche d'un catarrhe simple réside, ce me semble, dans l'exaltation de sensibilité de la muqueuse laryngienne, surtout vers l'orifice supérieur de l'organe. Cette hyperesthésie excite, par action réflexe, la toux convulsive et le resserrement laryngien *de la reprise* qui produit une suffocation si pénible.

Or, un médicament qui exerce sur la muqueuse du pharynx une *action anesthésique* si marquée devait enrayer le phénomène principal de la quinte ; il devait même enlever son phénomène initial, et réduire la maladie à son second élément, l'élément catarrhal.

Le bromure de potassium, dont je me suis servi, a produit rapidement l'effet désiré, et sur une vingtaine de malades, pris à différentes périodes de la maladie, j'ai pu voir disparaître, dans une moyenne de cinq jours, le spasme laryngien, et la maladie réduite au simple phénomène d'un catarrhe bronchique. Les malades n'étaient pas guéris, mais leur état avait changé d'aspect : plus d'anxiété, plus de vomissements, augmentation de l'appétit, nutrition meilleure et augmentation des forces.

Un résultat si rapide était déjà bien satisfaisant; mais je ne

pouvais m'en contenter, car le but de toute bonne thérapeutique est d'être complète. Restait toujours le catarrhe bronchique et ses conséquences fâcheuses : il fallait arriver à le faire disparaître, en le combattant par des moyens appropriés; aussi me suis-je demandé s'il n'était pas possible d'associer le médicament dont je me servais à d'autres substances capables de remplir la seconde indication.

Après plusieurs essais, je me suis arrêté à l'*aconit* et au *baume de Tolu*. Alors, aidé de ces trois moyens, j'ai pu voir la coqueluche guérie dans un temps moyen de douze jours. Aucune méthode de traitement ne m'avait donné un semblable résultat.

J'ai d'abord administré séparément, mais concurremment, chacun de ces médicaments : le soir, je donnais le bromure; le matin et dans la journée, le sirop balsamique additionné d'alcoolature d'aconit. Je craignais de voir, en mélangeant ces substances, le bromure, décomposé en partie, fournir une proportion de métalloïde capable d'altérer le principe actif de l'aconit. L'expérience m'a bientôt appris qu'on pouvait laisser cette crainte de côté, et j'ai pu formuler un sirop dont l'effet m'a paru satisfaisant. Voici les proportions employées :

Pr. Sirop au baume de Tolu................	20 grammes.
Bromure de potassium..................	0,30 centigr.
Alcoolature d'aconit....................	0,25 —

Mêlez.

Le sel se dissout très-bien dans le sirop, et l'alcoolature d'aconit s'y mélange parfaitement.

Ce sirop a été administré dans la proportion de quatre cuillerées ou 80 grammes pour un adulte dans les vingt-quatre heures. Pour les enfants, la dose a été proportionnelle à l'âge : à un an, une cuillerée à café; à deux ans, deux cuillerées à café; à sept ans, cinq cuillerées à café; à quatorze ans, huit cuillerées à café, etc., en suivant les proportions de la table de Gaubins.

Après trois jours d'administration du sirop, et selon l'effet produit, il a été facile de doubler, et plus tard même de tripler la dose initiale, dans les vingt-quatre heures.

Souvent, dans les cas simples, le seul emploi du sirop, aidé d'une bonne hygiène, a suffi pour conduire la maladie à sa fin. Toutes les fois que les sécrétions bronchiques ont produit une oppression trop forte, avec râles muqueux abondants ou généralisés; toutes les fois que le parenchyme pulmonaire a commencé à s'en-

goner, j'ai eu recours de préférence à l'ipécacuanha, donné en poudre et à dose vomitive, répétée souvent plusieurs jours de suite. Le plus ordinairement, cette médication, qui a été quelquefois aidée de révulsifs légers sur le thorax, a produit l'effet que j'en attendais.

Dans les coqueluches anciennes, très-tenaces, chez les enfants à tempérament lymphatique et scrofuleux, j'ai eu recours aux toniques, le quinquina en particulier, mais surtout au *sirop de proto-iodure de fer*. Sous l'influence de ce dernier médicament, j'ai vu se tarir rapidement la sécrétion bronchique, la toux cesser, les forces revenir, et j'ai la conviction d'avoir souvent prévenu les accidents scrofuleux graves, et la *tuberculisation* pulmonaire dont j'ai observé trop souvent de funestes exemples.

Je serais heureux de pouvoir fournir, à l'appui de cette note, une série d'observations détaillées, qui sont toujours la meilleure base de la démonstration d'un fait thérapeutique ; malheureusement le manque de temps ne me donne que le loisir de venir affirmer des résultats pratiques, que je laisse à d'autres la satisfaction d'étayer d'une statistique savante et détaillée.

D[r] Antonin DE BEAUFORT.

Chaillac (Indre), 29 mars 1867.

De la circonspection dans le diagnostic.

L'on sait la réserve extrême qu'il faut prudemment observer dans le diagnostic des maladies, à cause des difficultés dont elles sont quelquefois entourées, ou des erreurs dangereuses dans lesquelles on pourrait être entraîné par témérité ou par ignorance. Quel est donc l'homme de l'art qui, dans le cours d'une longue pratique, n'a pas eu à se reprocher d'avoir commis quelque erreur de diagnostic ? N'est-il pas arrivé à de grands maîtres de s'être trompés dans leurs appréciations sur la nature de certaines maladies? Il est donc de notre devoir à tous de faire connaître à nos confrères les observations qu'il nous a été donné de recueillir, ne serait-ce qu'à titre d'enseignement et de vérité scientifique ; car nous admettons avec Montaigne que l'homme qui possède une observation utile la doit à ses semblables; qu'il commet une faute en la gardant pour lui.

Les réflexions précédentes nous ont été inspirées à la suite d'une observation médicale, en matière de diagnostic, qui a été faite récemment à l'Hôtel-Dieu de Paris, dans le service du docteur Fournier, et relative à une jeune fille atteinte de rougeole, qui a présenté

des ulcérations aux parties sexuelles, ressemblant à s'y méprendre à des chancres syphilitiques.

Un fait identique à celui-là, publié naguère par la *Gazette des Hôpitaux*, numéro du 23 avril dernier, vient de se produire à Toulon dans les circonstances suivantes :

Un pieux laïque ayant été accusé d'avoir eu des rapports intempestifs et infectants avec une jeune fille âgée de cinq ans, morte assez rapidement, une plainte fut déposée par la famille au parquet de Toulon, qui nous commit avec notre honorable confrère le docteur Calvy, médecin en chef des hospices, à l'effet de rechercher la cause de la mort de cette jeune enfant, Maria Layral, et la nature des ulcérations qu'elle portait sur son corps.

Déjà deux médecins avaient déclaré aux parents que leur enfant était syphilisée ; circonstance qui impliquait de notre part des recherches très-attentives et une sévère circonspection tant dans le diagnostic que dans les conclusions que nous devions formuler.

L'ouverture du corps fut faite quarante-huit heures après la mort.

A l'inspection de la bouche, nous remarquâmes une ulcération de la commissure gauche des lèvres, se prolongeant jusqu'à la ligne médiane et se réfléchissant à leur partie interne. Cette ulcération ne comprenait que la muqueuse ; elle était recouverte d'une plaque pseudo-membraneuse, grisâtre, peu épaisse, facile à détacher avec des pinces à dissection. Du côté de l'appareil sexuel, en entr'ouvrant les grandes lèvres, nous trouvâmes en haut de leur partie interne, d'abord, du côté gauche, une ulcération irrégulièrement arrondie, du diamètre d'une pièce d'argent de 20 centimes, rougeâtre sur les bords, d'un aspect gris au centre, reposant sur une base molle, et formée aux dépens du tissu muqueux, complétement détruit par le travail ulcératif.

Deux ulcérations, moins étendues que la première, siégeaient sur la grande lèvre droite ; elles étaient plus superficielles et plus arrondies. L'une, de couleur grise au centre, était rougeâtre sur les bords, tandis que l'autre présentait une coloration d'un rouge blafard de sa surface. Quelques lambeaux de production couenneuse, faciles à détacher par le raclage, les recouvraient sur différents points. Il existait, en outre, un engorgement des ganglions cervicaux, avec absence d'engorgement aux aisselles. Les autres régions du corps paraissaient indemnes de toute trace suspecte.

Le sternum enlevé, nous trouvâmes le poumon droit farci de tubercules plus ou moins ramollis, avec une large caverne remplie

de pus ; le poumon droit, perméable dans quelques-unes de ses parties, offrait les caractères anatomiques de l'hépatisation rouge.

Cependant, il devenait important de recherber s'il n'existait pas des signes de syphilis viscérale, sachant que cette infection est personnifiée dans l'ulcération chancreuse ; des doutes existant encore dans notre esprit sur la nature des ulcérations observées à la commissure labiale gauche et aux grandes lèvres, notre examen s'arrêta sur le foie, très-volumineux chez Marie Layral. Or, voici ce que nous avons trouvé : noyaux se présentant sous la forme de grains arrondis, jaunâtres et indurés, disséminés à la surface de l'organe. Plusieurs coupes faites dans divers sens, jusqu'à une certaine profondeur, nous ont montré la texture des granulations telle qu'elle se présente à l'état physiologique. Il n'y avait nulle part des traces d'altération syphilitique, à forme gommeuse ou autres, signalées par Cullerier dans la sypbilis interne. D'un autre côté, nous ne pouvions rapporter les lésions locales suspectes à la syphilis héréditaire, qui, suivant la remarque de l'auteur du *Précis iconographique des maladies vénériennes*, ne se manifesterait que pendant les douze premiers mois de la vie.

De notre examen et des résultats cadavériques, nous conclûmes :

1° Que Marie Layral avait succombé à une broncho-pneumonie consécutive à la rougeole qu'elle avait contractée trois mois auparavant, rougeole suivie elle-même de tuberculisation pulmonaire ;

2° Que les ulcérations de la commissure labiale gauche et des grandes lèvres, offrant de grandes analogies avec le chancre vénérien, pouvaient être considérées comme étant une des complications de la rougeole. La science indique, en effet, que cet exanthème fébrile doit être regardé comme cause prédisposante de la gangrène, qui occupe soit les gencives ou les commissures, l'anus ou la vulve, avec tendance à se propager jusqu'à la peau externe.

Combien de semblables faits doivent nous donner à réfléchir sur leur signification pathogénique, attendu qu'ils sont destinés à nous mettre à l'abri de jugements dont nous pourrions regretter les funestes conséquences ; aussi le médecin légiste ne doit jamais oublier ce sage précepte : « Mieux vaut laisser impunis cent coupables que de condamner un innocent. »

Dr Hiriart.

Toulon, mai 67.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique des maladies des femmes hors l'état de grossesse, pendant la grossesse et après l'accouchement, par H. Churchill, traduit et annoté par les docteurs Wieland et Dubrisay.

Depuis plusieurs années la science s'est enrichie de travaux fort remarquables sur la gynécologie; mais chaque auteur a tellement spécialisé ses recherches que nous ne possédons pas en France un ouvrage contenant une histoire complète de toutes les maladies spéciales à la femme; car, si nous voulons les étudier toutes, nous sommes obligés d'avoir recours, soit aux divers traités des maladies de l'utérus, Aran, Becquerel, Scanzoni, etc., etc., soit aux traités d'accouchements, soit enfin aux ouvrages de chirurgie. Pour combler cette lacune, MM. les docteurs Wieland et Dubrisay viennent de traduire et d'annoter un ouvrage de M. Hetwood Churchill, professeur d'accouchements, des maladies des femmes et des enfants, qui porte le titre de : *Traité des maladies des femmes pendant la grossesse, hors l'état de grossesse et après l'accouchement.*

La grande pratique de M. Churchill lui a fait écrire un ouvrage remarquable, car chaque opinion s'appuie non-seulement sur l'étude approfondie des auteurs, mais encore sur les résultats donnés par de nombreuses observations cliniques. Cependant, plusieurs articles n'étaient plus au niveau de la science; d'autres n'étaient même plus acceptables ; aussi, MM. Dubrisay et Wieland ont-ils remédié à ces défauts en ajoutant de nombreuses notes et en refondant entièrement plusieurs articles.

La première partie, qui est la plus volumineuse, comprend les maladies des organes génitaux et internes. Les maladies des organes externes avaient été décrites avec grand soin, car MM. les annotateurs n'ont eu à ajouter que les recherches de M. Tardieu sur la leucorrhée infantile, et celles de MM. Huguier et Legendre sur les ulcérations consécutives à l'herpès. Dans l'étude des organes génitaux internes, nous trouvons, parmi les annotations, l'analyse du travail de M. Guéniot sur l'influence que les corps étrangers exercent sur la grossesse; un article sur les tubercules de l'utérus; un très-bon chapitre sur l'anatomie pathologique du prolapsus utérin, basé sur le travail de M. Legendre, etc., etc. A la fin de cette première partie, MM. Dubrisay et Wieland ont ajouté une longue observation, accompagnée de fort beaux dessins, d'une femme, nommée Marie

Lefort, affectée d'un vice de conformation des organes génitaux. Cette femme, considérée du sexe masculin par plusieurs médecins, du sexe féminin par d'autres, et particulièrement par Béclard, dans un rapport fait par ce savant à la Faculté de médecine en 1815, mourut, le 10 novembre 1864, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le docteur Harteloup; aussi MM. les traducteurs se sont-ils empressés de compléter cette observation en publiant la dissection des organes génitaux, qui, en donnant raison à Béclard, prouve une fois de plus qu'il n'y a pas de véritable hermaphrodisme.

La seconde partie, qui traite des maladies pendant la grossesse, est plus complète que les traités d'accouchements, où cette partie est souvent sacrifiée; aussi sera-t-elle d'un grand secours au jeune médecin, d'autant plus qu'il trouvera à la fin de l'ouvrage un formulaire de toutes les préparations employées spécialement dans les maladies des femmes.

Enfin, la dernière partie, les maladies après l'accouchement, a encore été plus soignée par MM. Dubrisay et Wieland, car ils ont ajouté les travaux de M. Coste sur la reproduction de la muqueuse utérine, les recherches de M. Blot sur le pouls dans l'état puerpéral, l'analyse de la thèse de M. Perret sur les tumeurs sanguines extrapelviennes, les statistiques nouvelles sur les ruptures de l'utérus, les idées de M. Béhier sur la métrite puerpérale et cent autres notes que nous ne pouvons pas citer.

Il ne nous est pas possible, dans un article de ce genre, de passer en revue tous les articles vraiment remarquables de cet excellent ouvrage; mais nous signalerons les chapitres dus à la plume des traducteurs qui traitent de l'ovariotomie, des fistules vésico-vaginales et de la périnéorraphie.

Cette substitution d'articles a été faite avec l'autorisation de M. Churchill, et nous sommes sûr qu'il ne pourra pas le regretter; car, tout en conservant les opinions personnelles de l'auteur, MM. Dubrisay et Wieland ont écrit une histoire complète et critique de ces grandes opérations, qui forment peut-être le plus beau triomphe de la chirurgie du dix-neuvième siècle.

Nous croyons, en résumé, que cet ouvrage est appelé à rendre de grands services, car les médecins y trouveront de nombreuses observations cliniques qui leur seront d'un grand secours aux lits des malades. Mais, en outre, le *Traité des maladies des femmes* sera surtout apprécié par les médecins qui ne peuvent avoir une grande bibliothèque; car il comprend, ainsi que nous l'avons déjà

dit, un grand nombre de sujets dont l'étude exigeait plusieurs ouvrages qu'il n'est pas toujours facile de se procurer.

BULLETIN DES HOPITAUX.

De quelques remèdes topiques employés dans les maladies de la peau. — Cette note contient des détails intéressants sur quelques topiques employés par le professeur Hébra, de Vienne, sinon avec une prédilection exclusive, du moins d'une manière spéciale. Nous examinerons successivement l'huile de morue, le goudron, le savon et la solution dite de *Vleminckx*. Du reste, il ne s'agit de ces médicaments qu'au point de vue de l'usage externe :

I. *Huile de morue.* — L'emploi de substances grasses, soit pour obéir à des prescriptions religieuses, soit comme un excellent cosmétique destiné à conserver la peau, remonte jusqu'à l'antiquité la plus éloignée. C'était l'usage, chez les Orientaux, d'enduire dans les festins les convives avec des onguents précieux, habitude qui fut conservée par les Juifs, les Grecs et les Romains. C'est en 1790 que l'huile de foie de morue fut introduite dans la thérapeutique, mais il n'y a que très-peu de temps qu'on l'emploie extérieurement ; le professeur Hébra s'en sert dès qu'il y a indication de recourir à un corps gras ou huileux. Il avait été précédé, dans cette pratique, par Bauer, de Tubingue, qui l'employait, non contre les maladies de la peau, mais seulement pour la faire absorber par l'intermédiaire de cette membrane. Du reste, les premiers qui employèrent l'huile de foie de morue contre les maladies de la peau furent les Suédois ; ce qui se comprend en songeant au bon marché de cette substance en Suède. Le professeur Hébra, sur l'avis d'un médecin de Stockholm, le docteur Malmsten, s'en trouva si bien qu'il en fit son remède favori, ne se bornant pas à couvrir les parties affectées, mais en arrosant tout le corps de ses malades. Le professeur de Vienne a employé comparativement d'autres huiles, d'autres corps gras, et toujours pour lui l'avantage est resté à l'huile de morue. Pour l'usage externe, on emploie l'huile commune, grossière. Elle imbibe les croûtes, fait tomber les squammes ; elle forme un enduit qui défend les parties dépourvues d'épiderme du contact de l'air, et, à ce point de vue, elle est supérieure aux autres huiles par sa densité ; elle a l'avantage de fluidifier la matière sébacée qui encrasse

la peau dans certaines variétés d'acné sébacée. Elle réussit merveilleusement à calmer le prurit, si fréquent dans tant d'affections cutanées. Aussi est-elle très-précieuse, dans l'eczéma des petits enfants. Son usage ne présente, d'ailleurs, aucun inconvénient, si ce n'est peut-être de produire parfois un eczéma ou un impétigo artificiel ; mais, en général, cette affection est de courte durée et guérit parfaitement à l'aide de la glycérine et de l'amidon.

On emploie l'huile de morue en onctions ou en frictions avec un pinceau ou une éponge. La couche n'a pas besoin d'être épaisse : il suffit que la peau en soit enduite ; puis on recouvre la partie malade d'un linge ou d'un morceau de flanelle ; on renouvelle l'onction une ou deux fois par jour. Au bout de cinq ou six jours, on fait prendre au malade un bain savonneux, puis on recommence les onctions. Quand il s'agit d'une affection étendue à tout le corps, on imprègne une éponge d'huile et on en fait une aspersion ou une lotion générale, qu'on répète deux fois par jour. Le malade, après cette opération, est placé nu entre deux couvertures de laine ou de toile très-épaisse. Cette méthode, quoique très-désagréable pour le malade, produit d'admirables effets, et c'est le meilleur et presque l'unique moyen dans les eczémas très-étendus et qui s'accompagnent de vives démangeaisons. Au bout de quelques jours de ce traitement, le malade est enchanté, passe les nuits bonnes et voit la guérison s'avancer à grands pas.

Parmi les affections contre lesquelles on emploie l'huile de morue, il faut citer, en première ligne, l'eczéma, surtout l'eczéma qui s'accompagne de nombreuses croûtes ou d'une exsudation abondante, l'eczéma impétigineux, alors qu'il y a un peu d'infiltration de la peau. Les autres indications de l'eczéma sont les excoriations, les ulcérations, le prurit, la généralisation de la maladie ; mais le remède réussit peu s'il y a sécheresse et desquamation de la peau.

Hébra se loue aussi de l'huile de morue dans le psoriasis, le prurigo, le lichen et les affections squammeuses, comme le pityriasis et l'ichthyose. Ces affections se trouvent bien de l'huile de morue, mais pas aussi bien que du goudron ; l'huile agit bien dans l'acné et dans la séborrhée. L'auteur a vu employer ce médicament dans quelques cas de lupus.

Dans les mêmes affections, le professeur Hébra emploie souvent, à défaut d'huile de morue, la préparation suivante :

Emplâtre de diachylon simple liquéfié.....	de chaque 1 once.
Huile d'olive........................	

II. *Goudron.* — L'emploi du goudron contre la gale est fort ancien, car les Égyptiens employaient l'asphalte, et les Juifs atteints d'affections cutanées se baignaient dans le Jourdain dont les eaux renferment des huiles empyreumatiques. On connaît déjà la pommade de goudron de Turner et celle d'Emery usitée dans le psoriasis, le prurigo, et même dans l'eczéma. Le professeur Hébra a étendu l'emploi du goudron à d'autres maladies encore ; outre le goudron proprement dit, il y a l'huile empyreumatique de hêtre, l'huile de cade et d'autres substances analogues. Le goudron, qui est d'une consistance sirupeuse, peut s'appliquer tel quel sur la peau. S'il est épais, on peut le dissoudre dans l'alcool, l'huile ou la glycérine. On se sert pour les onctions d'un blaireau comme celui des barbiers, ou mieux, d'un pinceau pareil à celui des peintres, en le choisissant un peu plat, écrasé, garni de métal, un peu dur et fort. L'enduit doit être très-léger et colorer seulement la peau. En appliquant le goudron avec cette précaution dans l'eczéma du cuir chevelu, il n'est pas nécessaire de couper les cheveux ; on fait cette application une fois par jour, même le soir ; on enveloppe ensuite la partie malade avec un morceau de laine et non avec la chemise, qui absorbe la substance. On peut aussi, après l'onction, saupoudrer la partie malade avec de l'amidon. On peut dissoudre le goudron dans l'alcool, dans l'huile de morue ou dans la glycérine. On emploie aussi le goudron à l'état de savon (Theerseife). Dans les affections très-étendues, telles que le psoriasis, le prurigo et le lichen, et qui réclament une macération de l'épiderme, Hébra a inventé des bains qu'il appelle « Theerbad », et qui réunissent l'action du goudron et du bain prolongé. On prépare ce bain, en faisant sur le corps du malade une onction avec du goudron, puis on le met dans un bain tiède où il reste six ou huit heures, et plus s'il est possible, et on recommence tous les jours jusqu'à la disparition de la maladie.

Le goudron s'emploie dans les affections cutanées chroniques caractérisées par une abondante production d'épiderme, une certaine sécheresse et la formation de squammes. Il réussit quand la peau est dure et infiltrée, pourvu, toutefois, qu'il n'y ait ni excoriations, ni ulcères. Mêlé à l'alcool, il agit très-bien dans le psoriasis, surtout si on l'associe à l'usage intérieur de l'arsenic. Il est excellent dans le prurigo et le lichen. S'il ne guérit pas le psoriasis, du moins il l'atténue singulièrement. On sait, d'ailleurs, que cette dernière maladie peut disparaître et même guérir par un changement dans la constitution ou le tempérament du malade, qu'il peut

guérir s'il survient de l'oligaimie, de la phthisie, en un mot, s'il survient un état quelconque qui diminue les forces de l'organisme. Mais Hébra, d'une façon générale, considère comme incurables l'ichthyose et le psoriasis, et regarde le goudron comme très-utile pour éloigner l'épiderme anomalement sécrété. Après ces maladies, le goudron trouve encore son emploi dans cette espèce d'eczéma qu'Hébra appelle squammeux ou pityriasis rouge. accompagné d'une forte infiltration de la peau. Il faut, dans ce cas, préférer la solution alcoolique, qui sèche promptement, et faire suivre cette application d'un bain qui amollit l'épiderme et agit mieux sur le derme. Le goudron est assez répugnant par son odeur et il a, en outre, l'inconvénient de produire, chez les malades et chez les ouvriers exposés à sa vapeur, une irritation particulière qui ressemble à l'acné.

L'huile de cade peut être employée pure ou mélangée à l'huile de morue, à l'alcool, au savon.

III. *Du savon.* — Le savon ne représente pour ainsi dire qu'une dilution de potasse ou d'alcali, qu'il est facile d'appliquer à la peau. Il accélère la chute de l'épiderme et active sa sécrétion. Légèrement caustique, il modifie les surfaces morbides. En sa qualité de substance alcaline, il dissout les corps gras qui existent à la superficie de la peau. Le savon de potasse, le plus souvent employé comme médicament, a la consistance d'une pommade, et celui de glycérine est fluide ; les autres sont plus ou moins solides.

On sait que le savon qui contient un excès d'alcali produit souvent des éruptions, une sorte d'eczéma artificiel (*gale des blanchisseuses*).

Le savon de potasse est plus fort que celui de soude ; on peut l'associer au goudron, à l'huile de morue, etc. Parmi les savons composés le plus souvent mis en usage, il faut citer le savon sulfureux, celui du goudron, etc.

Dans l'eczéma, le savon produit d'admirables effets, surtout dans l'eczéma humide. On enduit la peau avec du savon vert et on la recouvre d'un morceau de drap, qu'on laisse cinq ou six jours, au bout desquels on fait prendre un bain au malade ; on répète cette opération autant de fois que l'état de la partie le demande. Dans l'eczéma squammeux, il faut employer le savon de goudron. Le savon réussit assez mal dans le psoriasis ou l'ichthyose.

Le pityriasis *versicolor* disparaît en dix jours avec le traitement au savon, qui est aussi très-utile dans la gale, où il agit mécaniquement, en détruisant les sillons dont il force les acarus à sortir. Il

sert aussi dans l'acné et le sycosis, uni au soufre, pour obtenir une action plus intense, plus caustique. Le professeur Hébra se sert, par exemple dans le psoriasis, dans l'ichthyose, dans le lupus, d'une solution de potasse caustique dissoute dans l'alcool à la dose de 1gr,25 de substance pour 500 grammes d'eau distillée.

IV. *Solution de Vleminckx.* — Ce médicament est une solution de sulfure de chaux employée d'abord dans la gale par Vleminckx et qui devait guérir la gale en deux heures. Il est vrai que cette solution a l'avantage de tuer les acarus, mais elle détermine la formation d'un eczéma qui demande un certain temps pour guérir. Il est donc préférable d'employer la solution modifiée par Schneider dont voici la formule :

Calcis vivæ libra una.
Aq. font. q. s.
Sulph. citrini libr. duos.
Aq. font. libr. viginti.
E. ad remanent libras duodecim.

On emploie ce médicament de la façon suivante. Le malade est mis dans un bain tiède, y reste une demi-heure, puis on frictionne avec un morceau de flanelle toutes les parties affectées par la gale avec la solution ci-dessus ; on remet le malade dans un bain tiède où il reste une demi-heure. Le lendemain on recommence, et le plus souvent ce traitement suffit.

Le professeur Hébra, pour les femmes et les individus à peau délicate, emploie souvent le mélange suivant :

Huile de pétrole........................	} ãã	30 grammes.
Alcool..................................		
Baume du Pérou..........................		4 —
Huile de romarin, de lavande, de citron...	ãã	1gr,45

Ce médecin emploie la solution de Vleminckx contre le psoriasis, le prurigo et même le sycosis. (*Giornale Italiano delle malattie venerie*, 1867.)

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

De la lithine dans le traitement de la goutte. La lithine a été découverte en 1817, par Arfwedson, dans le minerai appelé *pétalite* ; son nom vient de λίθειος, semblable à la pierre. On a depuis trouvé la lithine dans d'autres minéraux. On l'a trouvée aussi dans plu-

sieurs sources minérales, telles que celles de Carlsbad, Aix-la-Chapelle, Marienbad, Kissingen, Ems, Tæplitz, Bilin, Breuznach, Vichy, Bade, etc.

L'une des plus remarquables propriétés de la litbine, c'est l'action qu'elle exerce sur l'acide urique; en effet, l'urate de lithine est le plus soluble de tous les sels à acide urique. Si après avoir broyé de la lipidolithe (minerai composé de silicate d'aluminium et de lithine, etc.), on la fait bouillir en présence de l'acide urique, il se forme de l'urate de litbine; l'acide urique a, dans ce cas, déplacé l'acide silicique (Lipowitz).

Il résulte des recherches du même observateur que l'urate de litbine est soluble dans 60 parties d'eau.

Nous trouvons dans la traduction française du livre de Garrod par le docteur Ollivier (*la Goutte, sa nature et son traitement*, etc., 1867), le résultat des recherches du savant médecin anglais sur l'emploi des sels de lithine dans le traitement de la goutte.

Garrod le premier essaya, il y a huit ou dix ans, les sels de lithine dans le traitement de la diathèse urique compliquée de gravelle, et daus la goutte chronique.

Le carbonate de litbine, administré à la dose de 6 à 30 centigrammes, dissous daus l'eau et donné à deux ou trois reprises par jour, ne produit aucun symptôme physiologique direct; mais lorsque les malades rendent des graviers ou du sable d'acide urique, son action devient très-marquée; il diminue ou même arrête complétement l'excrétion des graviers.

L'usage de ces sels ne paraît offrir aucun inconvénient sérieux.

M. Charcot a eu maintes fois l'occasion de constater la réalité de ce fait; il a, dans plusieurs essais, porté le carbonate de litbine jusqu'à la dose de 2 et même 3 grammes dans les vingt-quatre heures, sans qu'il en soit résulté aucun effet fâcheux.

Mais lorsque ces doses élevées sont soutenues pendant plusieurs jours, on ne tarde pas à voir surveuir des symptômes de dyspepsie cardialgique qui obligent bientôt à suspendre l'action du médicament.

Si l'on se reporte à la pathogénie d'un accès de goutte et si l'on se rappelle que toujours il se forme un dépôt cristallin dans les tissus des parties affectées, si d'un autre côté on tient compte de la propriété que la lithine possède, à un si haut point, de rendre le sang alcalin et l'acide urique soluble, on sera tout naturellement porté à essayer l'emploi des sels de cette base dans le traitement de la goutte et des diverses affections dont la pathogénie est entièrement liée à la présence d'un excès d'acide urique dans l'économie.

Quelques goutteux, au dire du docteur Garrod, auraient vu disparaître leurs concrétions tophacées sous l'influence de l'emploi longtemps prolongé des sels de lithine. C'est là un fait important, mais que l'observation clinique n'a pas encore suffisamment démontré.

Garrod, dans son ouvrage (p. 486), rapporte une expérience intéressante et qui est de nature à faire espérer que l'on a trouvé dans les sels de lithine un médicament précieux pour faire disparaître les concrétions tophacées.

« Dans le but de montrer, dit Garrod, combien le carbonate de lithine est plus propre que le carbonate de soude ou de potasse à débarrasser des dépôts d'urate de soude un cartilage provenant d'un sujet goutteux, je fis l'expérience suivante : on prépara des solutions de sels de lithine, de potasse et de soude, avec 6 centigrammes de chaque sel et 30 grammes d'eau. Je plaçai dans ces solutions de petits fragments de cartilages infiltrés d'urate de soude, et je les y laissai pendant quarante-huit beures. Au bout de ce temps le cartilage qui se trouvait dans la solution de litbine était reveuu à l'état normal. Celui qu'on avait soumis à l'action de la potasse présentait beaucoup moins d'urate de soude, mais celui qui avait été placé dans la solution de carbonate de soude ne paraissait pas avoir éprouvé de changements.

« Si l'on répète ces expériences avec les autres sels de ces bases, les sulfates et les chlorures, par exemple, on ne tarde pas à constater ainsi la puissante influence de la litbine. Ainsi, si l'on vient à mettre en contact du sulfate de lithine avec de l'urate de soude, on voit se produire une double décomposition : il se forme du sulfate de soude et de l'urate de lithine. C'est ainsi que les dépôts topbacés d'un cartilage peuvent être rendus solubles. »

A côté de ces expériences et leur servant pour ainsi dire de corollaire, nous mentionnerons une intéressante observation rapportée dans *Canstatt's Jahrsbuc.*, p. 169, Bd. IV, 1864. Il

s'agit, dans ce cas, d'une femme goutteuse, âgée de soixante-dix-sept ans, et qui malgré plusieurs saisons passées à Wiesbaden, n'avait pu se débarrasser de concrétions qu'elle portait à l'extrémité des doigts. Le docteur Stricker prescrivit l'usage journalier d'une boisson composée ainsi qu'il suit :

Eau chargée d'ac. carb.	500gr
Bicarbonate de soude..	0gr,25
Carbonate de lithine...	0gr,10

La malade devait prendre, pendant les premiers jours, la totalité de la dose dans les vingt-quatre heures, et ensuite la moitié de la dose seulement. Au bout de quinze jours de ce traitement, les concrétions avaient entièrement disparu.

Quand on se propose d'administrer les sels de lithine, il faut se guider d'après les considérations suivantes :

Ces sels doivent être administrés, étendus dans beaucoup de liquide, soit dans de l'eau ordinaire, soit, ce qui vaut mieux encore, dans de l'eau chargée de gaz. Cette solution constitue l'*eau de lithine*, qui correspond, sauf la force, aux liqueurs de soude et de potasse généralement employées.

Lorsqu'une grande quantité d'alcali devient nécessaire, il faut prescrire le sel de lithine associé à quelque sel de potasse, tel que le carbonate ou le citrate; il est avantageux, en pareil cas, de choisir pour véhicule l'eau gazeuse.

On peut aussi administrer le carbonate de lithine en l'unissant au phosphate d'ammoniaque; mais il importe de ne pas oublier que le phosphate de lithine ne peut être maintenu en dissolution que dans une quantité d'eau relativement considérable.

Le très-grand obstacle à l'emploi des sels de lithine, en médecine, a été jusqu'ici leur prix élevé; mais ce ne saurait être là une objection bien sérieuse, puisque l'on ne se sert que de petites doses. Il est probable que si l'emploi du médicament se généralisait, — et il est permis d'espérer qu'il en sera plus tard ainsi, — la lithine se préparerait en plus grande quantité et, par suite, son prix deviendrait moins cher.

En résumé, les sels de lithine, carbonate ou citrate (ce dernier même peut être employé de préférence), agissent en ramenant les urates alcalins du sang à l'état d'urates de lithine très-solubles.

La lithine est à la fois un diurétique puissant et un agent alcalinisant très-énergique.

De l'avis même du docteur Garrod, la lithine ne saurait remplacer le colchique dans le traitement de l'inflammation goutteuse. C'est dans la goutte chronique que ce médicament est utile, soit pour prévenir les accès, soit pour faire disparaître les restes de la maladie; il est encore très-utile comme moyen prophylactique.

Enfin, il importe de remarquer que les sels de lithine sont d'un secours nul ou à peu près nul dans l'arthrite rhumatoïde ou rhumatismale chronique que appelée encore goutte rhumatismale. (*Gazette médicale*.)

Iléus traité avec succès par l'électricité appliquée directement sur la muqueuse de l'intestin. Il s'agit d'un cas d'obstruction intestinale due très-probablement à une paralysie d'une partie du gros intestin. En raison de l'intérêt que présente cette longue observation, nous croyons utile d'en résumer les points les plus importants :

Obs. Robert Fix est admis à l'hôpital Meath, le 29 juin 1864, dans le service du docteur Stokes. Cet homme, âgé d'environ cinquante ans, est très-robuste et paraît avoir joui jusqu'alors d'une bonne santé, à part quelques maux de tête qui disparaissaient facilement sous l'influence des purgatifs.

Le 25 juin, il éprouva du mal de tête et prit une dose de sel d'Epsom. Une demi-heure après, il ressentit de la douleur dans le côté gauche du ventre; son état ne s'améliorant pas, il réclama les secours d'un médecin. On lui administra de l'huile de ricin et de la térébenthine, mais sans obtenir de garde-robes.

Le 27, vomissements verdâtres très-abondants. La douleur persiste, mais elle est moins forte; plusieurs lavements avec de la térébenthine ne déterminent aucune évacuation.

Le 28, nuit agitée; hoquet, vomissements fréquents. La douleur abdominale a disparu à gauche et siége maintenant à droite. Miction difficile, urine foncée.

Le malade est transporté à l'hôpital le 29 au matin. La face est colorée, les yeux sont excavés; anxiété très-grande, pouls à 86, langue très-chargée, hoquet continuel, ventre distendu et dur. Immédiatement au-dessous de l'ombilic existe un sillon profond; à gauche du droit antérieur, on aper-

çoit deux ou trois bosselures donnant un son obscur à la percussion et ne disparaissant pas par la pression. On ne constate de gargouillement nulle part. La constipation résiste à de nouveaux lavements térébenthinés. Un bain tiède et la malaxation de l'abdomen procurent seuls un peu de soulagement (5 centigrammes d'opium toutes les trois heures).

Le 30, la nuit a été meilleure; la douleur est moins intense (pilules de calomel et opium).

1er juillet. Le hoquet continue, ainsi que les vomissements; soif très-vive; pouls régulier, mais petit, à 80 pulsations. Aucun changement dans les phénomènes abdominaux.

Une pilule d'extrait de belladone toutes les trois heures; glace, vin et bouillon de poulet.

A cinq heures du soir, on administre des pilules contenant de l'huile de croton, de la strychnine et de l'extrait de coloquinte.

Le 2 juillet, légère garde-robe noirâtre; l'abdomen est moins distendu, le sillon qui existait au-dessous de l'ombilic est moins accusé.

Le 3, hoquet très-pénible, vomissements presque stercoraux. On applique sur le ventre les deux éponges d'une machine électrique, l'une au niveau de l'S iliaque, l'autre au niveau d'un autre point du gros intestin. L'expérience dura sept minutes environ, fut très-douloureuse, mais n'amena aucune garde-robe.

Le 4 juillet, à la suite d'un lavement, garde-robe liquide; soulagement notable. Le sillon sous-ombilical a disparu.

Le 5, aggravation de tous les symptômes; hoquet, vomissements, etc.; huile de croton.

Le 6, pas de garde-robes; vomissements incessants de matières fécaloïdes; sueurs visqueuses.

En présence d'un état aussi grave, le docteur Stokes songe à appliquer le courant électrique sur la muqueuse intestinale elle-même. A cet effet, on introduit, non sans difficulté, une longue sonde dans le rectum. Le pôle négatif est appliqué sur la marge de l'anus, et le pôle positif sur l'abdomen; au bout de peu de temps il sort une certaine quantité de matières fécales liquides. On retire ensuite la sonde et l'on introduit l'éponge et le réophore dans le rectum. Au bout de dix minutes d'électrisation, il s'écoule une énorme quantité de matières fécales. La douleur ressentie pendant l'opération fut intense, le pouls était à peine sensible.

A cette évacuation abondante succéda une amélioration notable; le ventre diminua beaucoup de volume, et le malade put dormir pendant quelques heures.

Le 7, le hoquet et les vomissements n'ont pas reparu. Le malade sort de l'hôpital quelques jours après.

Le 26, il revint avec de nouveaux symptômes d'obstruction intestinale, mais des lavements térébenthinés et l'huile de croton ramenèrent bientôt les garde-robes à l'état normal. (*Gazette médicale.*)

Suture métallique du métacarpien du pouce; réunion complète des fragments. Cette observation est un nouvel exemple des avantages que peut présenter la suture métallique appliquée aux os.

Obs. Alfred R***, âgé de treize ans, est amené à Guy's Hospital, le 19 novembre 1866. Ce malade avait été blessé le matin, à la main droite, par la lame tranchante d'un hache-paille. Il avait perdu beaucoup de sang et avait eu une syncope. A son admission, on constata une plaie au poignet droit, étendue à la peau du milieu de la face dorsale du métacarpien de l'index, se dirigeant transversalement au-dessus du métacarpien du pouce, et se terminant au bord radial de l'éminence thénar. La plaie avait environ un pouce trois quarts de long. Le métacarpien du pouce était complétement divisé transversalement, à environ trois huitièmes de pouce au-dessous de l'extrémité carpienne; les tendons extenseurs du pouce étaient coupés au même niveau, les parties molles ayant été tranchées juste au delà du point où l'artère radiale pénètre dans la région palmaire; ce vaisseau semblait intact.

Traitement. — Le chloroforme ayant été administré, M. Birkett appliqua la suture métallique de la manière suivante : il perfora avec un poinçon chacun des fragments, et passant un fil de fer à travers chaque canal ainsi formé, il put amener la coaptation des fragments en tordant les deux bouts du fil. La perforation des fragments dut être faite avec ménagement, à cause de la fragilité de l'os. Les tendons divisés furent réunis à l'aide d'une suture avec un fil de soie, une petite artère fut liée, et les bords de la plaie furent réunis eux-mêmes par trois sutures avec des fils de soie. La main

et l'avant-bras furent fixés sur une attelle, et l'on appliqua des compresses d'eau fraîche.

La cicatrisation se fit sans autres accidents que des douleurs assez vives les premiers jours, et le vingt-troisième jour après l'opération on retira la suture métallique. Le fil était irrégulier et érodé. La cicatrisation continua, et cinquante-quatre jours après l'opération on enleva l'attelle. La plaie était cicatrisée, les deux fragments osseux étaient solidement unis, mais semblaient encore permettre une légère flexion l'un sur l'autre. On revit le patient trois mois environ après l'opération, les fragments étaient parfaitement unis. Le malade peut porter le pouce en dedans avec une grande force, mais l'abduction, la flexion et l'extension sont très-bornées. Le pouce reste ordinairement dans l'extension, probablement à cause de l'adhérence des tendons musculeux.

La suture métallique paraissait, dans ce cas, le seul moyen d'obtenir une réunion sans difformité. En effet, le fragment carpien de l'os étant très-petit, il était impossible de le fixer par un moyen de contention quelconque. La base de l'os, séparée du corps, était sous l'influence de l'action du tendon de l'extenseur propre, et constamment soumise à l'action de ce muscle, qui maintenait le déplacement. Les mouvements du fragment supérieur se voyaient très-bien lorsque l'enfant contractait volontairement le muscle. La surface de section de l'os était tournée en haut vers la face dorsale de la main, et il est bien probable que sa réunion avec l'autre fragment du métacarpien ne pouvait se faire qu'à la condition de maintenir les surfaces en contact, et c'est là le résultat que la suture métallique a permis d'obtenir. (*The Lancet*, 20 avril 1867.)

De la transmission du choléra. Voici les conclusions d'un récent mémoire de M. Seux :

Dans l'état de la question, il y a avantage à remplacer le mot contagion par celui de *transmission* ;

Le choléra indien est une maladie nouvelle pour l'Europe ;

Depuis sa première apparition parmi nous, cette maladie a laissé des traces ineffaçables de son passage en imprimant un cachet particulier, soit aux affections diarrhéiques, soit aux maladies en général ;

L'importation par les hommes et par les choses peut seule expliquer l'apparition du choléra indien en Europe ;

Cette apparition ne peut être attribuée aux influences météorologiques ou à l'insalubrité des villes; circonstances qui jouent tout au plus le rôle de causes adjuvantes ;

Des faits nombreux et authentiques prouvent, de la manière la plus évidente, la transmissibilité et l'importabilité de cette maladie ;

Les faits négatifs produits contre cette opinion n'ont qu'une valeur relative, rendue complétement nulle par les faits positifs ;

Le choléra indien ne s'est montré que dans les lieux où il avait pu être importé ;

L'invasion cholérique de 1865 a présenté une marche telle qu'il est impossible, après un examen sévère des faits, de ne pas l'imputer à l'importation ;

C'est cette évidence qui explique en grande partie les conversions opérées en faveur de la contagion ;

Les faits produits pour prouver que le choléra existait en 1865 à Marseille, avant l'arrivée des bateaux venus d'Alexandrie, ne peuvent être acceptés par la science, d'autant plus que la plupart de ces faits sont complétement inexacts ;

En 1865, avant l'arrivée des bateaux d'Egypte, l'état sanitaire de Marseille était meilleur, au point de vue des affections cholériques, que durant d'autres années, pendant lesquelles il n'y eut pas d'épidémie de choléra ;

Des quarantaines établies autour des ports de mer peuvent seules fermer au choléra indien les portes qui peuvent plus particulièrement lui donner accès.

Prurit; moyens externes pour le combattre. Comme moyens externes, M. Bazin préconise surtout les bains frais, qui bien souvent produisent un soulagement notable ; les bains additionnés d'alun, de sous-carbonate de soude, de sublimé. Quant aux bains sulfureux, aux bains de mer, ils sont formellement contre-indiqués, en raison de l'excitation trop vive qu'ils déterminent.

On est, en général, très-tenté de combattre le prurit par des pommades ; M. Bazin ne leur attribue pas une grande efficacité. Elles ne font guère, dit-il, que changer la nature du prurit, ou substituer à ce dernier un autre genre de douleur moins dif-

ficile à supporter que la démangeaison. A ce titre, on peut recourir à la pommade au chloroforme, et, avec plus de chances de succès, à la pommade suivante : morphine, 5 à 10 centigrammes ; axonge, 30 grammes. Cette pommade, que recommande tout spécialement M. Bazin, ne calme pourtant pas, mais elle provoque une cuisson moins agaçante que celle qu'elle a pour but de combattre.

Du reste, il est un ordre de topiques supérieur à celui des pommades : ce sont les lotions avec la glycérine étendue, celles avec l'eau de savon, l'eau vinaigrée, les décoctions de pavot ou de jusquiame, l'eau de goudron, ou même les simples lotions à l'eau froide, que les malades emploient indistinctement et dont ils retirent un notable soulagement pendant la durée de leur paroxysme. De tous les liquides qui peuvent être indiqués ici, ceux qui méritent le plus de confiance sont : l'eau blanche (sous-acétate de plomb, 1 gramme pour 400 à 500 grammes de véhicule), et la solution de sublimé (sublimé, 20 centigrammes pour 300 grammes d'eau).

Rappelons, avant de terminer, que Debout et M. Gubler ont, dans le *Bulletin de Thérapeutique*, signalé les bons effets du bromure de potassium, administré à l'intérieur, dans les cas d'affections hypéresthésiques de la peau. (*Journ. de méd. et de chir. prat.* et *Annuaire de Thérapeutique*, 1867.)

Mort causée par une injection de perchlorure de fer dans un nævus sous-cutané. Nous avons publié (t. LXIX) un cas de tumeur érectile de la lèvre inférieure, emprunté au service de M. le docteur Delore, de Lyon, dans lequel le traitement par les injections coagulantes, bien que poursuivi avec une grande persévérance, puisque ces injections furent répétées huit fois, resta absolument inefficace. L'insuccès n'est pas la seule chose qu'il y ait à craindre dans ce genre de traitement, et c'est ce que font voir les faits suivants, dont le premier a été observé par M. Carter.

Une petite fille, âgée d'un mois, présentait vers la moitié inférieure du nez une masse de nævus englobant la cloison et les deux ailes, et triplant le volume normal de l'organe. La cautérisation avec des aiguilles rougies, puis le vaccin, ayant été employés sans résultat, on pratiqua l'injection de perchlorure de fer. Cinq gouttes de perchlorure pénétrèrent brusquement au centre de la tumeur ; l'enfant poussa un cri, eut une courte convulsion et mourut.

M. Nathaniel Crips adressa à M. Carter l'observation d'un fait semblable arrivé dans un hospice colonial. L'autopsie démontra que la pointe de la seringue avait pénétré dans la veine transverse de la face, et que le sang s'était coagulé dans les cavités droites du cœur, par une embolie qui y était arrivée.

Ces malheurs doivent contribuer à imposer à tout médecin qui pratique ce genre d'injections d'interrompre complétement la circulation des vaisseaux à injecter, et, dans le cas où cette précaution ne pourrait être prise, de s'abstenir de l'injection. (*Annuaire de Thérapeutique*, 1867.)

Dysurie causée par la présence, dans le canal de l'urètre, d'un séquestre provenant du bassin. Ouvrier de la campagne, âgé de trente ans, entré à l'infirmerie de Radcliffe, Oxford, le 20 novembre 1850, dans le service de M. Hussey, cet homme se plaignait de douleur continue dans l'urètre, l'empêchant de se livrer au sommeil pendant la nuit, rendant difficile l'émission des urines, et causée, à ce qu'il croyait, par un fragment de pierre logé dans le canal.

Quelques jours auparavant, sans qu'aucun symptôme antécédent eût attiré son attention, il s'aperçut, en urinant, de la sortie d'un petit corps de couleur claire, qui fut expulsé de force et qu'il prit pour un gravier ; presque immédiatement après, le jet urinaire devint plus mince, par suite de la présence d'un autre corps qui vint s'engager dans le canal et y resta fixé, malgré les efforts que fit le malade pour le faire cheminer et l'extraire avec ses doigts.

Le lendemain de l'admission, l'orifice de l'urètre paraissait un peu contracté et était le siége d'un léger écoulement puriforme; l'urine était trouble. Une sonde métallique, n° 8, introduite jusque dans la vessie, non sans de vives douleurs, n'y fit découvrir aucun calcul ; mais elle permettait de constater la présence d'un corps étranger arrêté dans l'urètre, à environ 3 pouces du méat. Aucune des tentatives qui furent faites pour l'extraire, au moyen de pinces, n'ayant été suivie de succès,

il devint nécessaire de recourir à un autre genre d'opération. L'urètre fut incisé sur un cathéter droit dans une étendue d'environ un demi-pouce, et, par cette ouverture, on put extraire le corps étranger, qu'on reconnut être un séquestre osseux de forme irrégulièrement allongée, à surface rugueuse, à extrémités aiguës, ayant environ trois quarts de pouce de longueur sur un cinquième dans sa plus grande largeur.

D'où pouvait provenir ce séquestre? On apprit, en interrogeant le malade, qu'un peu moins de dix ans auparavant, il avait fait une chute de voiture et que les roues lui avaient passé sur le bassin; qu'à la suite il était resté longtemps alité, d'abord chez lui sans recevoir de soins, puis, plus tard, à l'hôpital, où il avait eu une série d'abcès qui s'étaient ouverts à la partie gauche du périnée et de la cuisse du même côté, au-dessous de l'aine, sans qu'il soit sorti alors, du moins à sa connaissance, aucun corps solide. Il y a donc lieu de penser que des fragments osseux, non éliminés à cette époque, finirent par se faire jour jusque dans la vessie, d'où ils furent expulsés, comme il a été dit ci-dessus.

La plaie résultant de l'opération fut cicatrisée au bout de huit jours; mais il resta à la suite un rétrécissement du canal, causé par le tissu cicatriciel, et qui demanda un traitement particulier; le malade finit par se rétablir et il put sortir de l'hôpital. Mais, plus tard, de nouveaux abcès périnéaux se produisirent et amenèrent la mort. L'autopsie ne fut pas faite. (*British med. Journ.*, 25 mars 1867.)

Injections au chlorure de zinc dans le traitement de la blennorrhagie. M. Martinet veut remettre en honneur les injections au chlorure de zinc contre la blennorrhagie, injections déjà employées et signalées par M. Legouest en 1859.

Les injections au chlorure de zinc, dit M. Martinet, ne doivent être faites (à part de rares exceptions) qu'une fois par jour; elles sont administrées aux malades après qu'ils ont uriné, et doivent être gardées de cinq à dix minutes. Onze injections environ ont suffi, et les malades ne sont restés, en moyenne, que dix-neuf jours à l'hôpital. Tous ceux qui avaient une blennorrhagie récente ont commencé par prendre du copahu seul ou associé au poivre de cubèbe; puis, vers la fin de la période inflammatoire, ils ont subi, pendant deux ou trois jours, le même traitement interne et l'injection, enfin l'injection seule. Ceux qui étaient atteints de blennorrhagie ancienne étaient mis de suite au traitement par l'injection, sans cubèbe ni copahu. La première injection est généralement un peu douloureuse; les autres se sentent à peine.

Nous avons nous-même employé avec beaucoup de succès ces injections dans la blennorhagie, dans les conditions indiquées ci-dessus, c'est-à-dire après la cessation des phénomènes inflammatoires. Nous nous sommes servi d'une solution composée de 25 centigrammes de chlorure de zinc pour 200 grammes d'eau distillée. (*Annuaire de Thérapeutique*, 1867.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Du sang comme aliment. M. de Vauréal a entrepris quelques expériences sur l'emploi du sang comme moyen analeptique dans les cachexies et les convalescences.

Le sang est-il ou n'est il pas coagulé par le suc gastrique?

Le sang agit-il comme aliment ou comme nutriment?

La coagulation du sang dans l'estomac n'est pas un fait si évident qu'on ne puisse le nier. La clinique offre assez souvent l'occasion d'observer, dans des cas d'hématémèse, du sang qui a plus ou moins séjourné dans l'estomac; ce sang, tantôt rouge, tantôt brun, tantôt noir, se montre toujours sous la consistance d'une bouillie plus ou moins étendue par les liquides de l'estomac. Cette forme de bouillie que présente le mélæna, est-ce du sang en voie de digestion et soumis à l'action du suc gastrique? est-ce du sang chymifié après une coagulation préalable ou est-ce du sang encore coagulable?

Sous l'influence du suc gastrique ou de la *présure*, le lait se coagule en masse par la précipitation de la caséine, le sang ne se prend ni en gelée ni en caillot, mais il passe à l'état de matière pultacée par précipitation rapide de la fibrine. La fibrine ainsi précipitée ne forme pas un réseau à mailles capables de se rétracter comme

dans la coagulation lente et spontanée du sang; elle se précipite par le suc gastrique, comme par l'action d'un grand nombre de sels métalliques, à la façon de l'albumine.

Le sang est donc capable de se présenter sous plusieurs états : Le premier est celui qu'il présente au sortir des vaisseaux ou lorsqu'il est défibriné par le battage; le deuxième est celui qu'il prend habituellement en quelques minutes quand il est abandonné dans un vase inerte : il se montre alors sous forme de gelée; le troisième résulte d'une séparation de ses éléments globuleux insérés dans les mailles rétractiles de la fibrine qui se coagule lentement en séparant, par une espèce de *collage*, les hématies de la partie séreuse; le quatrième est pultacé; il est produit par la précipitation provoquée de la fibrine; la consistance du sang devient d'autant plus grande que l'agent employé précipite davantage l'albumine avec la fibrine.

C'est ce dernier état que le sang présente lorsqu'il est resté assez de temps dans l'estomac pour s'imprégner du suc gastrique.

Le sang est-il un aliment d'une digestion facile? Au point de vue de l'albumine, sa digestibilité est la même que pour l'œuf frais et cru. Quand le sang est cuit, il est aussi indigeste que l'œuf dur, en raison du peu de perméabilité que la masse coagulée offre aux sucs de l'estomac; en raison aussi de la dissolution très-difficile de l'albumine coagulée, puisqu'il faut 100 grammes environ de suc gastrique pour dissoudre 5 grammes de blanc d'œuf cuit et desséché.

Au point de vue de la fibrine, le sang est d'une digestion facile, car cette matière fraîchement précipitée par le suc gastrique s'y redissout facilement en raison de sa division.

Quant aux globules sanguins, leur altération est rapide : l'hématosine se transforme en hématoïdine dès lors insoluble dans l'estomac, et se présente sous forme d'une poudre d'un brun noirâtre. Dans cette transformation, le fer de l'hématosine, remplacé par un équivalent d'eau dans l'hématoïdine, peut être absorbé par l'estomac comme les sels du sang, qui représentent 8 à 9 pour 1,000 de la masse sanguine. Ces sels sont les suivants :

Sulfate de potasse; chlorure de potassium; id. de sodium; phosphate de potasse; id. de soude; lactates de potasse; id. de soude; phosphate de chaux; id. de magnésie.

On peut donc dire que le sang est à la fois aliment et nutriment. Comme aliment, il est d'une digestion très-possible ingéré en quantité modérée, et, à cet égard, il peut se placer à côté de l'œuf, quoiqu'il en soit très-loin comme aliment complet, car il ne contient pas 5 millièmes d'aliments respiratoires.

Comme nutriment, le sang peut jouer un rôle important dans la médication analeptique, en raison du fer et des sels qu'il peut céder à l'économie; mais, à ce titre, il paraît rationnel de faire des tentatives plus fructueuses que celles qui ont été faites pour emprunter au sang ses éléments nutrimentaires en laissant de côté ses propriétés alimentaires dont on n'a que faire. Au demeurant, le sang est dans la catégorie des *ingesta* qu'il est difficile de proposer à des estomacs peu actifs. Si bien digéré qu'il soit par des estomacs de chasseurs, de montagnards, de sauvages, le sang cru présente un inconvénient qui suffit pour le faire éliminer de la classe des *ingesta* : c'est un aliment qui a besoin d'être digéré dans l'estomac, et il ne s'y coagule pas suffisamment; il en résulte qu'il passe incomplétement élaboré par la première digestion à la digestion intestinale, qui ne peut guère compléter la digestion gastrique que par l'action du pancréas. Ce qui prouve que ces deux digestions sont successivement incomplètes, c'est l'odeur fétide des excréments, alors que l'on nourrit un animal même carnassier avec du sang seulement.

Au point de vue des qualités nutrimentaires du sang, il est un usage qui me semble consacré par l'expérience, c'est celui du jus de viande saignante ou du thé de bœuf; ces préparations contiennent, en effet, les sels et le fer du sang, plus de l'osmazôme. Enfin, l'usage de la viande crue, malgré ses inconvénients, me paraît devoir garder une supériorité marquée sur l'emploi du sang, en raison de la garantie plus grande qu'offre la purée de viande contre une digestion stomacale incomplète. (*Société d'émulation.*)

Otoscope. MM. Robert et Collin présentent à l'Académie deux instruments fabriqués par M. Charrière pour le docteur Blanchet.

L'un est un otoscope; il se compose :

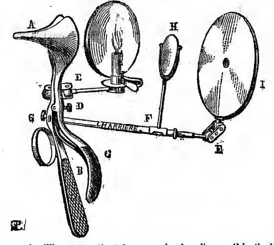
1° D'un spéculum auri à valves très-coniques noircies intérieurement;

2° D'un miroir concave à trou cen-

tral : ce miroir peut être fixé dans tous les sens par le fait d'une articulation en genouillère ;

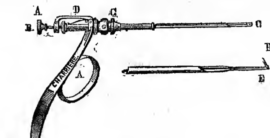
3º D'une lentille biconvexe mobile et d'une biconcave pour l'accommodation ;

4º D'un porte-bougie avec réflecteur tournant dans tous les sens ;



5º D'une crémaillère permettant de limiter le développement des valves et de les maintenir écartées. (Dans les cas simples, l'appareil lenticulaire est inutile.)

Le deuxième instrument est une cu-



rette pour extraire les corps étrangers de l'oreille.

Cet instrument, qui a quelque ressemblance avec la curette de Leroy d'Etiolles, en diffère par les points suivants :

1º On peut manœuvrer l'instrument d'une seule main ;

2º La curette peut tourner dans tous les sens ;

3º Pour faire redresser la curette, il suffit de presser sur un bouton, et, en appuyant sur un ressort, on peut l'abaisser instantanément. (*Académie de médecine.*)

VARIÉTÉS.

Création d'un musée pathologique à l'hôpital Saint-Louis.

L'administration de l'Assistance publique s'occupe de la création, à l'hôpital Saint-Louis, d'un musée pathologique qui promet d'être un jour à la fois une

exposition très-intéressante des cas les plus curieux des maladies cutanées, et un moyen d'instruction très-précieux pour les élèves en médecine des hôpitaux de Paris, et pour les élèves et médecins étrangers qui visitent en grand nombre cet hôpital spécial.

Voici à quelle occasion cette utile création a pris place dans les institutions hospitalières de Paris.

M. Devergie, médecin honoraire des hôpitaux, a fait hommage à l'administration de la collection d'aquarelles exécutées sous sa direction pendant son temps d'exercice à l'hôpital Saint-Louis.

Elle représente toutes les formes élémentaires des maladies de la peau.

Notre confrère a prié M. Husson d'exposer cette collection, afin qu'elle pût servir à l'enseignement des élèves.

Il y a joint le grand ouvrage de M. le professeur Hebra, de Vienne, dont il a fait placer sous verre les planches grand in-folio.

M. le directeur de l'Assistance publique a accepté avec reconnaissance l'offre de M. le docteur Devergie. Désireux de faire tout ce qui peut contribuer à l'avancement de la science et être utile aux élèves, il a fait disposer à l'hôpital Saint-Louis une galerie où les dessins donnés par M. Devergie sont exposés dans des vitrines établies pour cette destination.

Les médecins en exercice de l'hôpital Saint-Louis ont déjà enrichi ce musée naissant de dessins et moulages qui sont en leur possession, et l'administration des hôpitaux fera elle-même les frais de reproduction des cas qui auront paru aux chefs de service mériter le plus d'intérêt.

On assure que lorsque l'administration pourvoira à la reconstruction des bains externes de l'hôpital de Saint-Louis, comme elle l'a fait déjà pour les bains internes qui constituent aujourd'hui un établissement remarquable, elle réservera un emplacement convenable pour le musée pathologique.

Les modèles, alors nombreux, seront accompagnés de registres contenant les observations développées des médecins; une bibliothèque spéciale contenant les ouvrages et les dessins les plus rares sur la pathologie cutanée formera une annexe du musée et présentera de précieux moyens d'instruction pour les élèves de Paris et les médecins français et étrangers.

En attendant, la galerie qui sert aujourd'hui de musée provisoire sera ouverte tous les jours de la semaine, le dimanche excepté, de huit à onze heures du matin, à partir du jeudi 25 avril.

Le concours pour deux places de médecin du Bureau central des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de MM. les docteurs Proust, agrégé de la Faculté, et Ollivier (Auguste), chef de clinique de la Faculté.

Le concours pour deux places de chirurgien du Bureau central des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de MM. Duplay et Anger.

M. Delacourt, professeur d'anatomie et physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, est nommé professeur de clinique externe à ladite Ecole (emploi vacant).

M. Robiou, professeur adjoint d'anatomie et physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, et chef des travaux anatomiques, est nommé professeur d'anatomie et physiologie à ladite Ecole, en remplacement de M. Delacourt.

M. Regnault, suppléant pour les chaires d'anatomie et physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, est nommé professeur adjoint d'anatomie et physiologie à ladite Ecole, en remplacement de M. Robiou.

M. Perret, docteur en médecine, est nommé chef des travaux anatomiques à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, en remplacement de M. Robiou.

Nous avons la douleur d'annoncer la mort de M. Follin, chirurgien de l'hôpital Cochin, membre de l'Académie de médecine, l'un des rédacteurs des *Archives de médecine*. Chirurgien habile et prudent, écrivain brillant, auteur d'un *Traité de pathologie externe*, malheureusement inachevé, Follin était appelé à de hautes destinées. C'est une perte irréparable pour la chirurgie française.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De la médication tonique dans le traitement de la pneumonie [1];

Par M. le docteur JACCOUD, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Messieurs,

Institué par Robert Bentley Todd, le traitement de la pneumonie par l'alcool (sous forme d'eau-de-vie, de rhum ou d'alcool proprement dit) a été conseillé et pratiqué par lui comme le traitement unique et constant de cette maladie. Erreur grave, contre laquelle je ne saurais trop protester. Autant dire qu'il faut traiter toutes les pneumonies par la saignée seule, ou par l'émétique seul; c'est toujours la même faute commise, c'est le traitement de la maladie substitué au traitement du malade. Mon savant maître, le professeur Béhier, qui a étudié la question avec une précision remarquable, s'est bien gardé de suivre les errements du médecin anglais, et tout en vulgarisant en France cette méthode thérapeutique, il s'est efforcé d'en fixer la véritable indication. Je vous recommande expressément la lecture des mémoires qu'il a consacrés à ce point de pratique.

Que l'alcool puisse être donné sans préjudice pour le malade dans des pneumonies qui n'en réclament pas impérieusement l'emploi, cela est parfaitement vrai, et la connaissance de ce fait est d'une importance réelle; mais en thérapeutique autre chose est de ne pas nuire, autre chose d'être utile : or, pour que l'alcool soit utile, pour que d'agent toléré il devienne agent thérapeutique, il faut que l'administration en soit dirigée par des indications rigoureuses. Pour moi, l'indication est unique, c'est l'adynamie vraie; mais celle-là est formelle, et il est juste d'ajouter que, dans ces conditions, l'alcool est le remède par excellence, c'est votre plus précieuse ressource, et avec cette arme vous obtiendrez souvent des effets aussi merveilleux que ceux que vous avez observés chez notre malade.

Dans la pneumonie, comme dans toutes les maladies fébriles, l'alcool a une action complexe dont la connaissance est indispen-

[1] Extrait du volume des leçons cliniques professées à l'hôpital de la Charité par M. Jaccoud, qui va paraître prochainement à la librairie Delahaye.

sable, si l'on veut manier utilement et sans danger ce puissant modificateur. Dès qu'il est absorbé, il exerce une stimulation énergique et presque instantanée sur le système nerveux ; par suite, les battements du cœur deviennent plus fréquents et plus forts : cet effet a été on ne peut plus net dans le cas actuel. Parfois aussi la température s'abaisse : chez notre femme, nous avons observé une diminution de 1°,4 dans les vingt-quatre premières heures de la médication ; mais cet abaissement a été suivi de la défervescence, nous ne sommes donc pas autorisé à le rapporter à l'action thérapeutique. Cette série de modifications, dont le développement est très-rapide, résulte directement de l'excitation artificielle du système nerveux : sur ce point, tout le monde est d'accord ; cette première période de l'action de l'alcool ne donne lieu à aucune controverse, inutile d'insister. Remarquez seulement, messieurs, qu'alors même que ce médicament n'aurait pas d'autre effet, il n'en serait pas moins éminemment utile, car c'est précisément le collapsus du système nerveux qu'il s'agit de combattre, et aucun agent ne présente à cet égard une rapidité d'action comparable à celle de l'alcool.

Mais l'influence thérapeutique de cette substance est-elle bornée à cette stimulation immédiate et temporaire ? C'est là ce que je veux rapidement examiner. La réponse à cette question est subordonnée naturellement au mode d'évolution de l'alcool dans l'organisme ; or, ce dernier problème a donné lieu à de nombreuses controverses, et la science oscille depuis quelques années entre deux conclusions opposées. Invoquant la composition chimique de l'alcool, les physiologistes ont enseigné, après Liebig, que cette substance éminemment combustible n'est que peu ou point éliminée par les sécrétions, qu'elle reste dans l'organisme pour y être brûlée par l'oxygène absorbé, qu'elle devient ainsi une source de chaleur, et qu'enfin, restreignant par sa propre combustion, qui emploie une certaine quantité de gaz comburant, la destruction des autres matériaux combustibles, l'alcool est en somme un agent d'épargne, un véritable aliment respiratoire. Telle est, vous le savez, la doctrine à laquelle l'illustre Liebig a attaché son nom.

Plus près de nous, Perrin, Lallemand et Duroy ont sapé les fondements de cette doctrine : de recherches multipliées et très-ingénieusement conçues, ces habiles expérimentateurs ont conclu que l'alcool est éliminé en nature par les diverses sécrétions, qu'en conséquence il n'est pas brûlé dans l'économie ; que partant il est inapte à jouer aucun rôle dans la nutrition, et que toute son action

se borne à la stimulation directe et immédiate dont nous parlions tantôt. Rien de plus logiquement déduit, rien de plus démonstratif que les expériences sur lesquelles elles sont fondées. Et pourtant, messieurs, la doctrine de Liebig s'est promptement relevée de cette atteinte, qui ne fut que momentanée. Les observateurs français ont parfaitement prouvé que l'alcool est éliminé en nature, ce fait reste acquis; mais dans quelle proportion est-il éliminé? est-ce totalement, est-ce partiellement? Et dans cette dernière alternative, quel rapport existe entre la quantité qui reste dans l'organisme et celle qui s'en va intacte par les sécrétions? Les conclusions rigoureuses de MM. Perrin, Lallemand et Duroy ne sont légitimes, vous le comprenez, que si l'élimination est totale : or, c'est précisément là ce qu'ils n'ont point établi.

Des recherches récentes, entre lesquelles je vous citerai celles de Strauch, de Baudot et de Schulinus (1), ont comblé cette lacune : l'élimination de l'alcool n'est que partielle, et la quantité éliminée est plus faible que celle qui disparaît dans l'organisme : ce n'est pas tout l'alcool ingéré qui est brûlé, c'est une partie seulement; mais cela suffit pour conserver à cette substance son rôle d'agent combustible, d'*agent d'épargne*. L'action thérapeutique de l'alcool n'est donc pas bornée à l'excitation dynamique du système nerveux; à cet effet s'ajoute une modification matérielle des combustions nutritives, et ce dernier résultat n'est certainement pas moins utile que le premier dans l'adynamie fébrile. Donner de l'alcool dans ces conditions, c'est venir directement au secours du malade que la fièvre consume, c'est lui fournir un aliment éminemment combustible, à décomposition très-rapide, dont la combustion limite nécessairement la dépense de l'organisme fébricitant. En d'autres termes, la combustion exagérée qui est le fait de la fièvre est entretenue en partie aux dépens de l'alcool absorbé, au lieu d'être alimentée tout entière par la substance organique elle-même. En résumé, la modalité thérapeutique de l'alcool et ses deux effets

---

(1) Strauch, *De demonstratione spiritus vini in corpus ingesti*. Dorpati, 1862.

E. Baudot, *Union médicale*, 1863.

H. Schulinus, *Untersuchungen über die Vertheilung des Weingeistes im thierischen Organismus* (*Archiv der Heilkunde*, 2, 1866).

Comparez :

Maring, *De mutationibus spiritus vini in corpus ingesti*. Dorpati, 1854.

Hall Smith, *Experiments on the chromic acid Test for Alcohol* (*the British and foreign med.-chir. Review*, 1861).

concourent au même but : il réveille l'excitabilité du système nerveux, et il modère la dépense matérielle du malade. Il serait difficile, vous en conviendrez, de trouver un agent plus complétement approprié à l'indication urgente que présente l'adynamie pneumonique.

Néanmoins, et dans les cas mêmes où elle est parfaitement indiquée, cette médication doit être maintenue dans de sages limites; l'abus aurait ses inconvénients. Si les doses d'alcool sont trop considérables, vous produirez l'ébriété, et cela d'autant plus facilement que l'individu sera plus affaibli : pareille chose est arrivée à Todd, qui dut plusieurs fois combattre l'alcoolisme aigu, déterminé chez ses malades par l'administration trop libérale du médicament. D'un autre côté, et ceci est plus sérieux encore, si vous donnez l'alcool en trop grande quantité ou pendant un trop long temps, vous risquez d'amener un état asphyxique qui est produit par un mécanisme tout spécial. Vous imprégnez ainsi l'organisme d'une matière extrêmement combustible, dont une partie seulement est éliminée en nature; le reste est brûlé par l'oxygène du sang; et comme l'absorption de ce gaz est déjà tombée, du fait de la maladie, au-dessous de la proportion normale, ces deux conditions s'ajoutent pour diminuer la quantité totale du gaz comburant : le danger ne provient plus alors de ce que l'organisme brûle trop de combustible, il provient de la consommation exagérée d'oxygène que nécessite la combustion de votre médicament. Bientôt ce gaz ne peut plus suffire aux opérations de l'échange interstitiel qui constitue la respiration à distance, l'aération du sang devient de plus en plus imparfaite, et l'asphyxie s'établit. Ces dangers que la physiologie fait prévoir, l'observation clinique les démontre; vous ne devez jamais les perdre de vue. Ce n'est pas là une raison pour nous priver d'un agent précieux qui peut rendre d'importants services : toute médication active a ses périls; il faut simplement apporter dans l'administration du remède la circonspection que nous impose son action physiologique. Le premier jour j'ai donné à notre malade 50 grammes d'eau-de-vie, le lendemain, 60, et le jour d'après je suis arrivé à 80 grammes. Cette dose n'a pas été dépassée, je ne l'aurais même pas atteinte, si je n'avais eu à combattre une adynamie vraiment très-profonde survenue chez un sujet depuis longtemps débilité. Je ne vois pas de circonstance qui, chez la femme, oblige à dépenser cette dose de 80 grammes; chez l'homme, vous pouvez aller sans inconvénient jusqu'à 100 et même 150 grammes : je n'ai pour ma part jamais

dépassé 100. Dès que l'adynamie est moindre, dès qu'une amélioration réelle se manifeste, il convient d'abaisser graduellement la dose graduelle de l'alcool; il ne faut jamais la supprimer d'emblée : l'organisme, soudainement privé de ce puissant stimulant, retomberait aussitôt dans le collapsus d'où il est sorti à grand'-peine, et vos efforts cette fois-ci pourraient bien rester infructueux. Ce collapsus récurrent est infiniment redoutable, et, pour l'éviter autant que possible, j'ai l'habitude de faire succéder à l'administration de l'alcool, celle du vin (Bordeaux, Bourgogne ou Banyols), à la dose de 200 à 300 grammes par jour, selon les conditions individuelles.

Ne vous adressez à la médication alcoolique qu'en présence de l'indication précise que je vous ai signalée; maniez le médicament avec les précautions qu'exige sa puissance, et vous en aurez tout l'effet utile, sans avoir rien à craindre de ses effets toxiques.

Dès le second jour de ce traitement, notre malade était dans un état un peu moins menaçant; puis le pouls a repris un peu de force, la voix est devenue moins faible, et en trois jours, bien que la lésion pulmonaire n'eût pas subi la moindre modification, l'adynamie a été dissipée : j'osai alors porter un pronostic favorable que l'événement a justifié. Grâce au secours que nous lui avions donné, la malade était revenue aux conditions ordinaires de la pneumonie franche. Commencée au septième jour, interrompue le huitième, la défervescence était complète au matin du neuvième jour, et dès que j'ai pu constater quelques bulles de râles de retour dans la zone hépatisée, j'ai prescrit un large vésicatoire volant. Je ne l'eusse point fait si cette femme eût traversé sans encombre sa pneumonie; mais après l'orage qui en avait troublé l'évolution, j'ai cru prudent de ne pas abandonner entièrement à l'organisme la charge de résorber les masses fibrineuses qui obstruaient la plus grande partie du poumon droit. Il se fût acquitté de cette tâche, je le crois, mais la réparation eût été certainement plus lente, en raison de la débilité de la malade. Activée par le vésicatoire, la restitution *ad integrum* fut bientôt complète, et nous avons eu la satisfaction de voir cette femme quitter l'hôpital dans un état de santé parfait.

Je vous ai dit, messieurs, que les méthodes thérapeutiques employées contre la pneumonie s'adressent exclusivement à certains symptômes maladifs, et ne modifient en quoi que ce soit l'évolution finale de la maladie elle-même. L'étude de l'action de ces médications, d'une part, l'exposé des diverses phases de la lésion

pneumonique, d'autre part, ont dû déjà justifier à vos yeux cette importante proposition ; mais je suis à même de vous fournir une preuve complémentaire, qui, pour être indirecte, n'en est pas moins péremptoire. Cette preuve, nous la trouvons dans des relevés statistiques qui nous font connaître la mortalité de la pneumonie franche chez l'adulte. Ces chiffres, qui, recueillis en divers pays, à diverses époques, et par des observateurs également compétents, méritent une créance absolue, nous enseignent que la mortalité de la pneumonie varie dans des limites très-étendues, selon le traitement mis en usage, et que la proportion la plus élevée appartient aux pneumonies qui sont traitées exclusivement par la saignée et par le tartre stibié. Or, si ces médications pouvaient produire autre chose qu'une modification symptomatique ; si elles exerçaient réellement sur la maladie l'action curatrice qu'on se plaît encore à leur attribuer, il est bien clair que l'expression chiffrée de leurs résultats serait précisément opposée : les pneumonies ainsi traitées devraient donner la mortalité la moins considérable, et les proportions élevées devraient incomber aux séries dans lesquelles la maladie est abandonnée à elle-même. Or, voici les chiffres :

I. Pneumonies traitées par la saignée seule.

Relevés d'Edimbourg.	698 cas.	Mortalité.........	34,52 %
Relevés de Dietl......	85	—	20,40
Total des cas...	783 cas.	Mortalité moyenne..	27,06 %

II. Pneumonies traitées par le tartre stibié seul.

Relevés de Rasori....	648 cas.	Mortalité.........	22,06 %
Relevés de Dietl......	106	—	20,70
Total des cas...	754 cas.	Mortalité moyenne..	21,38 %

III. Pneumonies soumises au traitement mixte (expectation dans les cas légers ; saignée et émétique dans les cas sérieux).

(Résultats groupés de Laennec, Grisolle, Skoda.)

Mortalité maximum.	16 %
Mortalité minimum.	12, 5
Mortalité moyenne..	14,25 %

IV. Pneumonies abandonnées a elles-mêmes (expectation pure).

Relevé de Dietl.......	189 cas.	Mortalité..........	7,4 %

V. Pneumonies traitées exclusivement par la médication tonique.

Relevé de Bennett....	129 cas.	Mortalité..........	3,10 %

La mortalité s'abaisse donc à mesure que le traitement devient moins énergique, et la prétendue vertu curative de ces médications est ainsi jugée avec une brutalité mathématique.

En résumé, messieurs, la pneumonie franche abandonnée à elle-même a une marche naturelle en vertu de laquelle elle tend à la guérison ; le cycle de cette évolution spontanée, variable quant à son terme chronologique, est aussi nettement défini dans ses autres caractères que celui d'une fièvre éruptive : de la variole, par exemple. La conduite du médecin doit donc être la même dans l'un et l'autre cas. Eh bien, je vous le demande, que faites-vous dans la variole? Rien, si elle marche régulièrement; parce que vous savez bien que la résolution ne vous fera pas défaut, et qu'il n'est pas en votre pouvoir de l'avancer d'une minute. Si, au contraire, la maladie dévie de son type normal, si quelque phénomène devient inquiétant par sa violence, si quelque symptôme insolite apparaît ; bref, si quelque indication particulière surgit, vous cherchez à la remplir, et à dégager la maladie d'un élément accidentel et irrégulier qui peut en entraver la marche, ou en compromettre l'issue. La situation est identique dans la pneumonie. Est-elle normale dans ses allures, régulière dans ses périodes, modérée dans les symptômes qu'elle produit, pour Dieu ! n'agissez pas, n'allez pas la troubler par l'intervention aveugle et intempestive. Que feriez-vous d'ailleurs? où est l'indication dans le cas supposé? Il n'y en a pas, entendez-vous bien? ou plutôt il n'y en a qu'une, attendre avec patience la terminaison naturelle. Les conditions sont-elles inverses, certains phénomènes fournissent-ils une indication positive d'agir, remplissez cette indication symptomatique au moyen de l'une des méthodes thérapeutiques dont nous disposons, mais remplissez-la dans une sage mesure ; consultez sans cesse l'état général, veillez sur l'état des forces, gardez-vous de frapper sur le malade sous prétexte de modifier une maladie dont la marche immuable échappe à vos moyens d'action, enfin n'oubliez jamais ce précepte de Kaltenbrunner qui doit être le guide constant de votre pratique : « Il faut un certain degré de force pour résoudre une phlegmasie. »

De quelques accidents locaux dus aux préparations mercurielles appliquées à la surface de la peau [1];

Par M. Isambert, médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté de médecine,

Je voudrais attirer l'attention sur quelques accidents produits par les préparations mercurielles employées à l'extérieur et que je ne me rappelle pas avoir vus signalés, au moins d'une manière bien nette. Il ne s'agit pas d'accidents de salivation, ni d'hydrargyrisme, mais bien d'accidents purement locaux, de cautérisation, de vésication même, auxquels peuvent donner lieu certaines applications mercurielles sur la peau lorsque intervient quelque agent nouveau capable d'exercer une réaction chimique sur les poussières mercurielles qui restent logées dans les plis de la peau.

M. Bouchardat dit bien (*Formulaire magistr.*, p. 367) : « il est dangereux d'associer les préparations mercurielles insolubles avec les préparations iodiques, à moins de bien prévoir les réactions qui surviennent et d'en connaître les effets, » mais il ne dit pas quels sont ces effets et ne cite pas de faits cliniques, aussi n'est-il pas inutile d'en citer quelques-uns.

Trois fois déjà, je me suis trouvé en présence d'un accident de cette nature.

La première fois, il s'agissait d'une orchite traumatique. Pendant la période aiguë, j'employai des onctions d'onguent napolitain comme résolutif. Un peu plus tard, la maladie paraissant devenir chronique, je prescrivis une pommade à l'iodure de potassium. A peine celle-ci fut-elle appliquée, que mon client ressentit sur les bourses une vive cuisson, une brûlure insupportable, et en revenant près de lui, je trouvai le scrotum d'un rouge vif et extrêmement douloureux. Je m'expliquai cet accident ainsi qu'il suit : le malade n'avait pas bien nettoyé la surface du scrotum, il restait dans les plis si nombreux de cette tunique une certaine quantité de parcelles de mercure qui avaient formé une combinaison chimique nouvelle avec l'iodure de potassium, combinaison qui s'était opérée presque au sein des tissus, avec dégagement de chaleur, et probablement aussi formation d'un iodure double et d'un iodate de potasse. Toutefois, le malade en avait été quitte pour quelques heures de cuisson.

A cinq ou six années de là, le même accident m'arriva de nouveau, mais à un degré plus intense. Il s'agissait encore d'une orchite

---

[1] Lu à la Société de Thérapeutique.

traitée par la compression au moyen de bandelettes de sparadrap de Vigo, comme je l'avais appris de mon ancien maître Robert. Quelque temps après, l'application de pommade iodurée produisait une véritable vésication de presque toute la surface du scrotum. J'avais pourtant essayé de prémunir mon malade contre cet accident que je n'avais pas oublié, en lui recommandant de bien nettoyer d'abord les bourses avec de l'huile tiède, puis avec du savon; mais, soit que le malade ne l'eût pas fait, soit que l'emplâtre de Vigo eût laissé dans les plis du scrotum des grumeaux plus difficiles à dissoudre, la réaction entre le mercure métallique et l'iodure se produisit encore, et cette fois de grosses phlyctènes se formèrent à la surface du scrotum; il fallut un temps assez long pour obtenir la cicatrisation des surfaces dénudées.

Un troisième accident du même genre vient de m'arriver il y a quelques jours, mais dans des circonstances différentes. Une jeune fille, reçue à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Vernois que je remplace en ce moment, était atteinte de chlorose, de douleurs vagues et de plusieurs plaques d'herpès circiné sur les épaules, le cou et le menton. J'avais ordonné au début, outre le fer, les toniques et quelques bains sulfureux, l'application d'une pommade au calomel sur les plaques d'herpès circiné. Comme cette pommade ne paraissait avoir aucune action sur cette maladie parasitaire, je voulus en employer une plus active, et je prescrivis pour 15 grammes d'axonge, 25 centigrammes de deuto-iodure de mercure et d'iodure de potassium. La pommade fut appliquée plusieurs jours sans inconvénients; mais, un jour où je dus m'absenter, la malade demanda à mon remplaçant un nouveau bain sulfureux qui lui fut accordé. A peine dans le bain, elle se mit à crier, à pleurer et à se plaindre d'une vive cuisson aux places où la pommade mercurielle avait été appliquée. C'était ici le sulfure de potassium qui réagissait avec énergie sur le deuto-iodure. Le lendemain, je trouvai en effet les parties malades présentant l'aspect de brûlures les unes au premier degré, les autres au second, et toutes recouvertes d'une coloration brunâtre qui m'expliqua immédiatement la cause de l'accident. Du reste, les brûlures guérirent vite et cette fois l'herpès circiné disparut sans laisser de trace.

Tous les jours, nous voyons les bains sulfureux noircir la peau des cérusiers, des peintres, ou de ceux qui ont eu sur le corps quelque préparation plombique; mais jamais cette réaction ne s'accompagne de douleurs et encore moins de phlyctènes. Il y a donc dans les composés mercuriaux quelque chose de spécial qui tient peut-

être à la facilité avec laquelle ils donnent de petites bulles métalliques très-divisées, soit qu'il s'agisse du mercure en nature, comme dans l'onguent napolitain, soit qu'il s'agisse d'un composé très-instable, comme le deuto-iodure de mercure. Je rappellerai d'ailleurs que, de même qu'il y a deux degrés d'ioduration, il y a aussi plusieurs degrés de sulfuration : lorsque, par exemple, on traite par la voie humide, un sel de peroxyde de mercure par l'acide sulfhydrique. Je dois aussi faire remarquer qu'un composé plus stable, le calomel, n'avait donné lieu, les jours précédents, à aucun accident, bien que le calomel eût dû se rencontrer avec le bain sulfureux ; mais l'iode surtout paraît intervenir même sur le calomel pour produire des réactions intenses et des accidents locaux.

C'est ainsi qu'on peut expliquer un fait que je lisais il y a peu de temps dans la *Gazette hebdomadaire* (n° 7, 14 février 1867) : Le docteur Hennequin, pratiquant des insufflations de poudre de calomel sur la cornée d'une enfant soumise au traitement ioduré à l'intérieur, vit se produire une conjonctivite intense et même une eschare de la conjonctive, située précisément dans la rainure oculo-palpébrale inférieure, là où s'accumulent les larmes. L'iodure de potassium, s'éliminant en assez grande quantité par la sécrétion lacrymale, a réagi sur le calomel [1], et l'auteur explique à peu près comme nous la réaction chimique qui a dû se produire, tout en se demandant si le chlorure de sodium contenu dans les larmes n'y a pas joué son rôle.

Quoi qu'il en soit de la réaction elle-même, il importe de se rappeler l'incompatibilité de l'iode et du soufre avec les préparations mercurielles, la facilité avec laquelle ces métalloïdes donnent avec celles-ci des réactions très-vives, et peuvent ainsi déterminer des complications douloureuses pour le malade et compromettantes pour le médecin.

---

[1] Trousseau et Pidoux, *Traité de thérapeutique*, t. I, p. 253, colonne 4. — « Il est une observation très-importante que l'on doit à M. Bouchardat, c'est que l'iodure de potassium, en présence d'une préparation mercurielle insoluble, donne naissance à un iodure double de mercure et de potassium. Toutefois, il se forme également du sublimé quand on met en contact du calomel et un iodure alcalin. »

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Collection de calculs urinaires, classés d'après leur structure et leur développement [1];

Par M. Civiale.

J'ai l'honneur de placer sous les yeux de l'Académie une collection de calculs urinaires que j'ai formée durant ma longue pratique, et qui est à la fois le complément et le résumé de mes travaux sur l'affection calculeuse. L'étude des concrétions urinaires a été renouvelée par la lithotritie, dont les applications exigent une connaissance précise de la structure et des caractères physiques de la pierre, moins nécessaire pour la pratique de la taille.

Jai étudié les concrétions urinaires à la manière des minéralogistes, armé du ciseau et de la loupe, divisant les masses et isolant leurs parties constituantes. J'ai employé tour à tour la scie, le coin, le marteau, agissant directement sur la pierre, ou frappant sur le ciseau pour détacher des éclats.

J'ai eu souvent recours à un procédé moins connu, qui consiste à faire éclater la pierre en agissant sur la partie centrale. C'est par ce mode de morcellement qu'on obtient les éclats les plus nets, quand la pierre est dure.

En formant cette collection, mon dessein a été de faire connaître les nombreuses variétés de concrétions urinaires et leur structure intime. Les écrits et même les figures sont insuffisants, quand il s'agit de montrer l'arrangement moléculaire des corps. Le dessin, qui parle aux yeux, ne rend pas les particularités, les menus détails et la disposition des éléments composants. Il n'est rien de tel que de voir un objet, pour en saisir les caractères.

En réunissant sur des cartons et des planchettes des séries de graviers et de calculs que rapprochent certaines analogies, j'ai dressé en quelque sorte des tableaux naturels, très-propres à faciliter l'étude des produits de l'affection calculeuse.

Les calculs de ma collection proviennent des 2 700 malades que j'ai traités depuis 1824, et dont 1 600 ont été opérés par la lithotritie. Une grande partie de la poudre et des débris rendus par ces derniers a été utilisée pour les analyses chimiques.

---

[1] Travail lu à l'Académie des sciences le 13 mai 1867.

Les concrétions urinaires, à l'état rudimentaire, se présentent sous forme de cristaux, de paillettes, de poudre amorphe, de pâte molle. J'ai recueilli ces dépôts, et, après dessiccation, je les ai fixés sur des ronds de papier. J'ai usé du même procédé pour les débris et les éclats pierreux rendus par les malades, après l'opération, quelquefois en quantité considérable. Les ronds de papier sont soigneusement collés sur le carton ou la planchette.

Les calculs isolés sont fixés par des planchettes recouvertes d'une feuille de papier-linge qui adhère au moyen d'une forte solution de gomme. Pour rendre plus solide l'adhérence du calcul, j'ai pratiqué à l'emporte-pièce, dans le bois de la tablette, des excavations dans lesquelles s'engagent des brins de coton imbibés de gomme, qui font comme un coussinet d'autant plus épais que les calculs sont plus volumineux et d'une configuration irrégulière. Quelques pierres reposent sur une espèce de socle.

Ainsi, chaque pièce est solidement fixée et ne peut se détacher que par exfoliation, lorsque la couche extérieure de la pierre se sépare et reste collée à la planchette. C'est ce qui a lieu pour les calculs exfoliés, dont la croûte est d'une consistance très-faible.

Si une pièce se détachait par accident, il serait facile de la remettre en place, en laissant tomber quelques gouttes d'eau sur le lieu qu'elle occupait. Au bout de quelques heures, le coussinet ramolli permet de fixer de nouveau la pierre. Pour plus de sûreté, on ajoute quelques brins de coton imbibés de gomme. La pierre se trouve fixée dès le troisième jour.

Pour prévenir toute détérioration du papier-linge, je l'ai fait recouvrir d'une couche de vernis.

Mes observations m'ont conduit à établir des distinctions essentielles[1] par rapport aux éléments, à la formation et au développement des concrétions urinaires. J'indiquerai brièvement ces distinctions.

Il y a deux classes de calculeux. Dans la première figurent tous ceux dont la pierre constitue toute la maladie. Dans la deuxième, l'affection calculeuse est précédée de désordres locaux ou généraux.

Dans les cas simples, les dépôts de l'urine ont pour base l'acide urique et ses composés, l'oxalate calcaire et la cystine. On croit généralement que ces dépôts se forment lorsque l'urine ne contient pas assez d'eau pour maintenir en dissolution les substances salines que sécrètent les reins à l'état normal.

---

(1) *Traité de l'affection calculeuse*, p. 22-26.

Ces dépôts sont expulsés naturellement et en grande quantité sous forme de cristaux, de paillettes, de poudre amorphe. Van Helmont a écrit que chaque homme rend journellement sa pierre en détail.

Un grain reste-t-il dans la vessie, il devient le noyau d'un calcul qui se développe par couches lamellées ou par grains agglomérés; quelquefois ces deux modes de développement alternent ou coïncident. De là trois grandes divisions correspondantes dans le développement des calculs.

Dans le développement par lamelles, qui passe pour être le plus commun, la matière solidifiable de l'urine se dépose autour d'un grain primitif; les couches qui se superposent ainsi les unes aux autres ont été comparées aux tuniques d'un oignon; elles sont en général très-serrées.

Dans la structure granulée, qui est en réalité la plus commune, les grains se forment et grossissent isolément; après avoir acquis un certain volume, ils s'agrégent aux autres grains, tantôt d'une manière régulière, tantôt sans ordre, ce qui donne à la pierre une configuration extraordinaire. Dans quelques graviers arrondis, la matière agglutinative qui sert à unir les grains forme à l'extérieur une croûte assez mince pour laisser entrevoir les granulations sous-jacentes. Dans les calculs, cette croûte augmente d'épaisseur et forme une enveloppe solide. Cette croûte se montre aussi dans plusieurs gros graviers dont la structure se modifie et tend à devenir mixte.

Les concrétions, à leur première période de développement, sont le plus souvent d'une structure simple et homogène, les unes granulées, les autres lamellées.

Il n'en est pas ainsi des calculs. Un petit nombre seulement de graviers lamellés continue à se développer par couches successives. Notons ici une particularité importante. Les lignes concentriques qui délimitent les couches sont coupées par d'autres lignes excentriques qui rayonnent du noyau vers la périphérie. Cette disposition rend les calculs fragiles, au point qu'il y en a qui se brisent spontanément dans la vessie. Ces calculs cassants, une fois hors de la vessie, se désagrégent au moindre choc, quelles que soient d'ailleurs leur composition et leur consistance.

Les graviers granulés se transforment à mesure qu'ils grossissent, et les granules se mêlent aux lamelles. Dans la plupart des cas, les couches lamellées alternent, soit avec d'autres couches d'une

structure et d'une composition différentes, soit avec des dépôts granulés. Les combinaisons varient.

Il y a des calculs granulés à l'extérieur, et lamellés à l'intérieur. D'autres, en plus grand nombre, présentent la disposition inverse. Quand les deux structures alternent ou se confondent, le calcul est mixte. Nous ne faisons que mentionner les calculs à couches alternantes, qui rentrent dans la deuxième classe. Remarquons, en passant, qu'il y a des calculs noirs qui sont blancs à l'intérieur, tandis que d'autres sont recouverts d'une couche jaune ou grise.

Quant aux calculs composés, il faut se rappeler que les éléments simples en apparence ne le sont pas en réalité. L'acide urique, par exemple, est associé à l'urate de potasse, de soude et d'ammoniaque, à l'oxalate et au phosphate calcaire. Dans ce cas, les cristaux ne présentent pas la même régularité que dans les concrétions homogènes. D'après Walther, l'acide urique cesse d'être pur, lorsque le calcul dépasse le volume d'un haricot.

Toutes les fois que le gravier séjourne longtemps dans la vessie, son action sur la surfaco vésicale provoque une phlegmasie, et, par suite, une sécrétion morbide, dont le produit se mêle à l'urine et modifie la nature des dépôts lithiques ; en sorte que les lamelles et les grains récemment formés ne ressemblent aux premiers ni par la structure ni par la composition. L'influence de la matière animale unissante sur le développement des calculs est considérable.

Daus les concrétions d'oxalate calcaire, ainsi que dans les dépôts d'acide urique, on observe la structure granulée et aussi la structure mixte. Les dépôts d'oxalate calcaire sont rarement expulsés à l'état de sable et de gravelle.

Les calculs de cystine pure sont rares. La cystine, facile à reconnaître à l'état de pureté, échappe aux regards quand elle est associée à d'autres substances. J'ai signalé, à l'article des concrétions granulées, les caractères particuliers des calculs de cystine (1).

Les variétés de forme sont infinies. A part la structure du calcul, plusieurs circonstances peuvent influer sur sa configuration, et notamment les organes dans lesquels il se développe et les variétés du noyau.

Lorsque le col de la vessie est dilaté et la prostate plus ou

(1) Voir les faits recueillis dans un mémoire spécial que j'ai présenté à l'Académie des sciences, et qui a été reproduit dans l'ouvrage intitulé : *Traitement médical et préservatif de la pierre et de la gravelle*, p. 405 (Paris, 1840, in-8°). Voir aussi une note de M. Pelouze à la suite du mémoire cité.

moins atrophiée, cas fréquent, les gros calculs sont allongés et comprimés circulairement.

On voit des pierres vésicales qui sont étranglées par le milieu ou vers une de leurs extrémités. D'autres présentent un ou plusieurs sillons pour l'écoulement des urines. Il en est qui sont excavées du côté correspondant à des tumeurs du corps ou du col de la vessie.

Lorsque plusieurs sont en contact dans les voies urinaires, ils se développent irrégulièrement, et présentent le plus souvent des facettes plates, concaves ou convexes, à surface polie. Ces calculs sont très-communs.

Le développement irrégulier des concrétions urinaires dépend, en résumé, de la conformation vicieuse ou de la déformation des organes et du frottement des calculs les uns avec les autres.

Le noyau, dont nous avons aussi noté l'influence, existe dans presque tous les calculs lamellés. Quelquefois l'écorce et le noyau se confondent dans les calculs homogènes. Les noyaux sont généralement des grains pierreux extrêmement durs.

Au centre des concrétions les plus résistantes (celles d'oxalate calcaire, par exemple), on trouve cependant des noyaux sans consistance, formés d'un amas de substance amorphe ou d'un simple dépôt calcaire.

La nature, la forme, la situation des noyaux exercent une grande influence sur la configuration de la pierre. Il en est de même des noyaux multiples. Les calculs à noyau excentrique et à noyaux multiples sont très-remarquables sous le rapport de la configuration.

La présence des corps étrangers dans la vessie doit fixer l'attention du chirurgien, et parce qu'elle est très-commune, et parce que les corps étrangers qui servent de noyaux à la pierre modifient à la fois la configuration, la structure et même la composition des concrétions urinaires [1].

Formes extraordinaires. — Il y a des calculs coniques, pyra-

[1] En 1838, je présentai à l'Académie un tableau de 166 cas, où l'on remarque parmi les corps étrangers venus du dehors, et dont plusieurs sont devenus le noyau d'une pierre, 25 épingles ou aiguilles, 1 poinçon, 2 cure-oreilles, 6 fragments d'os, 5 dents, 18 sondes ou bougies flexibles ou rigides, 12 morceaux de bois, 6 étuis à aiguilles, 1 bouchon, 13 tiges d'épis de graminées ou fétus de paille, 9 bourdonnets de charpie, 6 tuyaux de pipe, 3 tubes de verre, des fruits divers, des plumes, des poils, sans compter la série des corps qui sont parvenus dans la vessie à la suite d'accidents et de blessures par armes de

midaux, triangulaires, cubiques, carrés, tétraédriques, etc. On a vu des pierres qui ressemblaient à un champignon, à un cœur, à un cerveau. Il y a beaucoup de pierres plates. Ces formes extraordinaires n'ont point de causes connues.

L'aplatissement et les facettes ne sont pas toujours l'effet de la pluralité des calculs. J'ai retiré quatre pierres de la vessie d'un malade : l'une était allongée, la deuxième ressemblait à une pyramide triangulaire, les deux autres étaient plates.

Astley Cooper a retiré d'une vessie 140 calculs, tous plus ou moins cubiques; Wilson en a extrait 8 qui étaient tous ovoïdes. Covillard retira de la vessie d'un malade 13 pierres, dont 2 ou 3 seulement à facettes.

La longueur de certains calculs des reins, des uretères et de l'urètre est attribuée à l'action de ces divers organes, qui semblent servir de moules. On trouve cependant des calculs très-allongés dans la vessie, et il n'est pas rare de trouver dans les uretères ou dans l'urètre des calculs ronds ou ovoïdes.

On ne trouve pas plus de rapports entre les déformations que peut éprouver la vessie et les calculs annulaires, perforés, branchus, articulés, en chapelet, en croissant.

Cas rares. — J'ai rangé sous ce titre une série de pièces de toute nature, dignes de fixer l'attention par leur configuration, leur composition et surtout leur structure. A la première vue, le développement de ces pierres paraît ne pas se ranger sous la loi commune; mais un examen attentif fait découvrir cette loi persistant sous des variations apparentes.

Dans un grand nombre de calculs de cette série, les aspérités et les mamelons de la surface externe paraissent résulter uniquement des poussées de la matière intérieure. Il y a une sorte de soulèvement qui mérite de fixer l'attention.

Dans les calculs qui ne présentent pas la même configuration, les irrégularités de la surface se produisent d'une manière toute différente. Cette disposition très-remarquable se présente avec des

---

guerre, tels que balles, grains de plomb, ferrets d'aiguillettes, esquilles d'os (*Traité de l'affection calculeuse*, p. 78). J'ai, depuis cette époque, retiré de la vessie, dans l'espace de quelques années, 19 sondes ou bougies en gomme élastique, 2 en gutta-percha, 2 en métal, 1 bougie de cire, 1 lanière de cuir, 2 porte-plumes, 1 manche de pinceau, 2 fragments d'os, 1 bout de tendon, une mèche de charpie, 1 tube de baromètre, 1 médaillon. On peut voir les détails de ces faits dans le *Bulletin de l'Académie de médecine* (t. XXV, n° 19). Ces accidents ne sont pas rares.

caractères particuliers dans quelques-unes des pièces que j'ai pu réunir. On observe à la surface de ces pierres les deux modes de formation que j'ai signalés, avec des modifications qui varient.

Les principales particularités de structure des pierres que je produis comme échantillons des cas rares, dépendent des changements survenus dans la dernière période de développement, ainsi que des dépôts calcaires qui se sont faits à la surface, notamment dans les cas où la pierre a séjourné longtemps dans la vessie.

Débris pierreux provenant de l'opération. — Dans ma collection figurent plusieurs calculs qui ont été soumis dans la vessie à l'action des instruments lithotriteurs. Les uns ne sont qu'écornés ou perforés; les autres sont réduits en éclats assez ténus pour sortir par l'urètre.

L'action mécanique des instruments lithotriteurs sur les calculs vésicaux est surtout appréciable par la forme des éclats restés dans la vessie ou des fragments et des débris expulsés après chaque séance. Les pièces sont disposées de manière à montrer l'action graduelle des divers instruments. Les résultats diffèrent d'après la nature et le volume de la pierre, et surtout d'après les instruments employés.

Le trilabe agit autrement que le lithoclaste, et la pierre qui est directement morcelée l'est autrement que celle qui ne peut être écrasée sans des procédés auxiliaires. On sait qu'une pierre volumineuse et dure ne peut pas être brisée et réduite en poudre par l'écrasement immédiat. Il faut diminuer sa consistance en diminuant sa force de cohésion. Avant d'agir efficacement par la pression, l'on a recours aux perforations préalables.

Dans tous les cas, l'action du trilabe est très-puissante, même dans les circonstances les moins favorables. Cet instrument agit surtout comme écraseur.

Le produit des perforations est de la poudre d'autant plus fine que la pierre est plus dure. Lorsque la pierre est friable, la poudre est grossière, et il y a beaucoup d'éclats, surtout à la suite de perforations réitérées.

Les instruments courbes agissent par pression ou par percussion, de manière à désagréger les éléments de la pierre. On obtient de la poudre, des éclats ou des débris qui varient d'après la forme et la disposition des branches du lithoclaste et du forceps, d'après la manière dont ces branches s'appliquent sur le calcul, et la résistance de ce dernier.

On remarque, à la surface et dans les anfractuosités des cal-

culs qui ont séjourné dans la vessie longtemps après avoir été attaqués par les instruments; des couches de cristaux ou de dépôts terreux abondants qui masquent en partie l'action des instruments.

On remarquera que les pierres réunies sur l'un des cartons ont été retirées de la vessie par la taille, après avoir été brisées. Je reviendrai sur le nouveau procédé de morcellement dans le prochain compte rendu de mes opérations.

Débris pierreux rendus par les opérés. — J'ai réuni sur trois cartons à peu près toutes les variétés ordinaires de débris pierreux, sous les différents rapports de la configuration, du volume et de la couleur.

J'indique, en terminant, les concrétions de la deuxième classe, qui sont formées des dépôts ordinaires de l'urine et des produits des phlegmasies vésicales qui précèdent le plus souvent la formation de cette espèce de calculs. Les dépôts phosphatiques y prédominent.

Le développement de ces calculs est très-irrégulier. Le plus souvent, les dépôts phosphatiques s'associent à d'autres éléments dans des proportions variables.

Quelques malades rendent des urines fortement chargées de matière plâtreuse. Si cette matière n'est pas expulsée, elle peut s'accumuler, dans l'espace de quelques semaines, en quantité suffisante pour former une grosse pierre [1].

De la solution saturée de chlorure de zinc dans le traitement des ulcérations syphilitiques ;

Par le docteur Armand Després, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, professeur agrégé de la Faculté de médecine.

Toutes les ulcérations syphilitiques sont avantageusement traitées par la cautérisation, depuis l'érosion simple jusqu'à l'ulcération qui succède à la chute d'une croûte d'ecthyma ou de syphilide pustulo-crustacée, ulcération qui, surtout dans le cas d'ecthyma, ressemble beaucoup à un chancre mou.

Cette proposition est admise en principe pour le chancre mou et pour le chancre phagédénique. Pour ce qui est de l'ecthyma, j'ai en ce moment dans mon service à l'hôpital de Lourcine une malade sur laquelle j'ai fait cette expérience : je traitais une ulcé-

---

[1] Voir *Traité de l'affection calculeuse*, p. 22-24, 492-548.

ration par les cataplasmes de fécule, et je cautérisais l'autre et appliquais ensuite des cataplasmes. La seconde ulcération a guéri en vingt jours, tandis que la première a duré jusqu'à ce que j'aie pris la détermination de la cautériser. J'ajouterai que la pratique de l'hôpital Saint-Louis, et de M. Bazin en particulier, qui consiste à appliquer de la teinture d'iode sur les ulcérations, est une justification de l'usage des cautérisations dans les cas de syphilides ulcéreuses, secondaires et tertiaires.

Depuis que j'ai pris le service à l'hôpital de Lourcine, j'ai employé plusieurs caustiques, et j'ai donné la préférence à la solution aqueuse saturée de chlorure de zinc.

L'emploi du chlorure de zinc remonte à une époque déjà éloignée de nous ; ce caustique, on le sait, a été beaucoup vanté par les chirurgiens de l'école de Lyon pour le traitement des maladies syphilitiques, et les applications de disque de pâte de Canquoin sur les chancres sont journalières dans les hôpitaux de cette ville. Les chirurgiens de Paris ont eu quelquefois recours à des cautérisations du col de l'utérus au moyen de flèches de pâte au chorure de zinc. Enfin la solution de Burnett est un caustique léger et un désinfectant très-utilement appliqué pour les cancers de l'utérus.

Le chlorure de zinc a cependant été employé encore sous une autre forme. Pendant un remplacement comme chirurgien du bureau central, j'ai trouvé dans le service de Béraud, à l'hôpital Saint-Antoine, de l'amadou rendu caustique par imbibition dans une solution assez concentrée de chlorure de zinc. Béraud se servait de ce caustique pour les cancers ulcérés du col de l'utérus. Il pensait sans doute que l'amadou caustique pouvait, mieux qu'un disque de pâte au chlorure de zinc, se prêter à la forme des parties à cautériser. J'ai employé un amadou caustique analogue et plus fort que la pâte forte de Canquoin pour arrêter le phagédénisme ; mais j'ai fini par lui substituer la solution saturée de chlorure de zinc.

La lecture de ce court examen rétrospectif des préparations de chlorure de zinc n'a d'autre but que de présenter cet article non comme une invention, mais bien comme un exposé d'une modification qui me paraît utile et commode. On sait, en effet, que, de tous les caustiques, celui qui reste le plus en faveur est encore le nitrate d'argent en solution, et qu'il doit sa popularité à son emploi facile à l'aide d'un pinceau de charpie.

La solution saturée de chlorure de zinc peut se préparer à chaud et à froid. M. Clouet, interne en pharmacie dans mon service, a

titré des solutions diverses, et il est arrivé à ce résultat que la solution saturée a pour formule :

Eau.................................	18 grammes.
Chlorure de zinc sec....................	50 —

Il n'est pas nécessaire toutefois de préparer la solution avec des poids absolus. On fait dissoudre du chlorure dans un flacon contenant de l'eau, et il importe peu qu'il reste au fond du vase une couche de chlorure. On agite de temps en temps la bouteille, et le caustique se dissout ; puis, lorsqu'on a employé une certaine quantité du liquide, on ajoute de l'eau ; tant qu'il reste une couche de chlorure malgré des agitations répétées du vase, on peut être sûr que l'on possède une solution saturée ; on n'a peut-être pas une solution titrée d'après la formule absolue, mais elle approche beaucoup de cette dernière.

On applique la solution au moyen d'un pinceau, ainsi que cela se fait lorsque l'on cautérise avec la solution de nitrate d'argent ; seulement, comme la solution de chlorure de zinc a une consistance sirupeuse, lorsque par exemple l'on cautérise dans le pharynx, on n'a pas à craindre qu'il tombe du caustique dans le larynx et l'œsophage.

Les effets du caustique sont les suivants.

Les chancres mous guérissent quelquefois en sept jours, après une seule application de chlorure de zinc.

Les chancres phagédéniques d'une étendue de deux à trois centimètres carrés guérissent en vingt ou vingt-deux jours. Au troisième jour après la cautérisation, une eschare mince tombe et la réparation commence sans qu'il soit besoin d'avoir recours à une nouvelle cautérisation.

Les chancres phagédéniques des muqueuses durent plus longtemps ; on est obligé de les cautériser à plusieurs reprises, parce que dans le vagin, sur la langue, dans le rectum, pour citer des exemples, il y a souvent des points malades qui échappent et qui réinoculent les points déjà guéris ; parce que c'est en général assez tard que l'on reconnaît les chancres phagédéniques du rectum, ces ulcérations qui se perpétuent des années et causent les rétrécissements du rectum.

Les plaques muqueuses guérissent en huit ou quinze jours, suivant qu'elles sont plus ou moins élevées au-dessus du derme. Les plaques muqueuses situées sur la peau des grandes lèvres sont

celles qui guérissent le plus vite. Les plaques muqueuses de la marge de l'anus, du col de l'utérus, sont plus longues à guérir.

Les plaques muqueuses de la gorge, au début, guérissent en trois ou quatre jours, à l'aide de la cautérisation avec la solution de chlorure de zinc. En hiver, il y a des récidives journalières et on est obligé de cautériser assez souvent, mais cela tient à ce qu'il y a chez nos malades des angines à répétition, et que chez les syphilitiques les petites angines, les maux de gorge vulgaires, se traduisent par des plaques muqueuses. Quelquefois, lorsque des follicules, des amygdales sont ulcérés, les cautérisations doivent être répétées, et il en est de même quand les follicules de la base de la langue sont malades. Dans ce dernier cas, on n'arrive à arrêter les plaques muqueuses de la gorge que quand on a bien cautérisé les follicules de la base de la langue en attirant cet organe au dehors avec un linge, comme cela se fait pour l'exploration laryngoscopique.

Dans les lésions du col utériu, lésions souvent douteuses, n'ayant pas toujours les caractères francs d'un chancre mou ou d'une plaque muqueuse, le chlorure de zinc agit également bien, et il est nécessaire de répéter les cautérisations seulement pour les cas où les follicules glandulaires du col sont exulcérés ; dans ces conditions, le caustique ne pénètre pas jusqu'au fond des follicules d'emblée, surtout dans ceux qui occupent la cavité du col utérin, et de là, des réinoculations de la plaie qui succède à la chute des eschares.

En résumé, sur les chancres mous simples ou phagédéniques, sur les ulcérations secondaires et tertiaires, le chlorure de zinc agit comme un caustique énergique. Il escharifie une couche des tissus du fond et des bords de l'ulcère, et la réparation suit promptement. Sur la plaque muqueuse, le caustique colore en blanc l'exulcération, mais ne cause point en général d'escharification, à moins que les plaques muqueuses ne soient ulcérées assez profondément. Sur les ulcères des muqueuses, les eschares tombent en trente-six heures; sur les ulcères de la peau, les eschares mettent de deux à quatre jours à se détacher.

Les chirurgiens emploient dans les hôpitaux des caustiques mitigés ou fort liquides, ou demi-liquides, qu'il est bon de comparer avec la solution de chlorure de zinc.

Les pâtes liquides sulfo-carboniques ou sulfo-safraniques cautérisent la peau saine aussi bien que les ulcérations, et elles fusent souvent dans des directions variables. Si elles conviennent, du reste, pour les chancres mous, elles sont au moins inutiles ou peu appli-

cables pour les plaques muqueuses de la vulve et les chancres du col utérin.

Le tartrate ferrico-potassique a une action lente et ne cautérise pas assez profondément dans certains cas. Très-utile pour les chancres mous simples, il est impuissant pour arrêter le phagédénisme, à moins que l'on n'emploie une solution très-concentrée, et encore il faut revenir plusieurs fois aux cautérisations. Le perchlorure de fer est dans le même cas que le tartrate ferrico-potassique. Ajoutons encore que les solutions de ces deux sels finissent par éroder les parties saines. La teinture d'iode est passible des mêmes reproches.

Le nitrate d'argent, qui survit encore malgré toutes les nouveautés qui s'élèvent autour de lui, et qui est d'une application générale pour toutes les lésions syphilitiques, a deux inconvénients, si on le compare à la solution saturée de chlorure de zinc : celui de cautériser les parties saines, ce que ne fait pas le chlorure de zinc, et celui de ne causer que des eschares superficielles dans les cas où l'on veut détruire une ulcération. Enfin, et ceci est une considération de second ordre, le nitrate d'argent, qui ne peut pas faire mieux que le chlorure de zinc, a le désavantage de tacher les malades et le chirurgien, et de salir le linge d'une façon presque indélébile.

Reste une question à prévoir. La cautérisation avec le chlorure de zinc est-elle plus douloureuse que les autres cautérisations? Nous dirons que les douleurs ne sont ni plus ni moins vives que s'il s'agissait d'une cautérisation avec une solution de nitrate d'argent au dixième.

Les malades crient pendant une ou deux minutes, souffrent pendant dix minutes, puis se calment tout à fait au bout d'une heure.

Une malade qui a déjà été cautérisée ne refuse jamais une seconde cautérisation à la visite suivante.

Depuis dix-huit mois que je me sers de cette solution aqueuse saturée de chlorure de zinc, je n'ai jamais observé d'accidents d'intoxication, ni par absorption directe ni après ingestion dans l'estomac. Lorsque je cautérise les plaques muqueuses du pharynx et des amygdales avec un pinceau imbibé de la solution, il arrive quelquefois que les malades avalent un peu de liquide, quoique je fasse mon possible pour que le pinceau ne soit pas trop imbibé. Dans ces conditions, les malades vomissent immédiatement, le mal se borne au rejet de quelques matières contenues dans l'estomac, et c'est là tout. Ceci montre bien la supériorité du chlorure de zinc sur

la solution de nitrate acide de mercure et la solution d'acide chromique, qui peu à peu disparaissent ou disparaîtront de la pratique.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Procédé pour reconnaître la présence de l'iodure de potassium dans le bromure [1];

Par M. Lambert.

Le procédé que nous allons décrire, et que l'auteur a soumis à l'appréciation de M. Chevallier, lui a donné des résultats des plus satisfaisants et mérite, selon nous, de prendre place parmi les moyens de recherche les plus précieux par la netteté des réactions et la rapidité avec laquelle ils donnent leurs résultats.

Le réactif qu'il emploie, le *permanganate de potasse*, qui se comporte d'une manière si intéressante dans un grand nombre de cas, donne ici encore des indications nettes et bien caractérisées par ses phénomènes de coloration.

Le bromure de potassium est sans action sur une solution de ce sel, tandis que l'iodure de potassium la décolore immédiatement, ou ne laisse à la liqueur qu'une teinte jaunâtre. Cette réaction est extrêmement sensible, puisqu'il suffit, dans une liqueur, de la présence d'une trace d'iodure de potassium pour obtenir la décoloration. La solution de permanganate de potasse doit être assez étendue pour ne communiquer au mélange qu'une teinte violette peu prononcée. L'auteur prescrit de la préparer de la manière suivante :

On prend une solution assez concentrée de permanganate de potasse et on en verse quelques gouttes dans un verre à expérience plein d'eau, de manière à avoir une liqueur violacée, d'une teinte assez semblable à celle que l'on donne, au moyen de la teinture de tournesol, aux solutions acides que l'on veut traiter par des liqueurs alcalines.

Le réactif ainsi préparé communique sa teinte propre aux solutions de bromure de potassium pures, et cette couleur persiste. Les solutions d'iodure de potassium ne peuvent prendre la teinte

---

(1) Nous empruntons au *Journal de Chimie* cet article qui vient compléter celui publié récemment dans ce recueil sur le même sujet.

violette, qui est immédiatement détruite et remplacée par une coloration jaunâtre. De très-petites traces d'iodure, introduites dans la solution de bromure, suffisent pour détruire la teinte violette.

Ce réactif permet donc de reconnaître rapidement si le bromure de potassium ne contient pas d'iodure de la même base. Cependant, dans l'état actuel de la question, il ne faudrait pas, selon nous, conclure, après un essai suivi de décoloration, à la présence de l'iodure de potassium. Ce procédé permettrait, en outre, de reconnaître les alcalis, qui font passer la teinte au vert.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Lettre à M. le professeur Fonssagrives sur deux cas de ponction intestinale pratiquée pour remédier aux accidents d'une pneumatose asphyxique.

Mon très-honoré et éminent confrère,

Je ne puis résister plus longtemps au plaisir de vous annoncer une guérison inespérée, obtenue à Toulouse par la ponction intestinale dans un cas de pneumatose asphyxique. Cette guérison est due aux conseils si judicieux que vous avez donnés aux praticiens dans le travail sur le traitement de la pneumatose gastro-intestinale, que vous avez publié dans le *Bulletin de Thérapeutique* (7° livraison, 1866), et je suis heureux d'avoir été l'instigateur de cette opération que j'avais proposée plusieurs fois dans des cas désespérés, et que je ne suis parvenu à faire accepter qu'après avoir raffermi ma croyance dans son efficacité par la lecture du remarquable travail où vous avez si bien posé l'indication pratique de cette opération.

J'espérais vous envoyer la relation détaillée du fait, mais, le confrère qui devait me la remettre n'ayant pu encore réaliser sa promesse, je me décide à vous en raconter moi-même les détails. Permettez-moi auparavant de vous donner quelques renseignements préliminaires qui ne manquent pas d'intérêt, et qui prouvent les avantages de la publicité donnée par les journaux à vos travaux si importants et dont la science et la pratique ont déjà tiré tant de profit.

Dans le mois de juillet 1866, notre confrère M. F*** était gravement malade. Atteint d'une cystite suppurée consécutive à

un calcul vésical incomplétement broyé et expulsé, affection aggravée par la négligence du malade, notre confrère, à l'âge de soixante-deux ans, était arrivé à la dernière période de sa maladie des organes urinaires, lorsque se déclara une tympanite abdominale, qui bientôt prit un si grand développement que l'asphyxie devenait imminente. Corroboré par votre opinion dont une savante discussion venait tout récemment de me montrer la valeur, je n'hésitai pas à proposer à la famille et au malade, qui conservait toute sa lucidité d'esprit, et qui avait en mes conseils une grande confiance, de pratiquer la ponction palliative de l'abdomen pour donner issue au gaz. J'appelai plusieurs confrères auprès du malade, pour décider l'opportunité de cette opération, et, après plusieurs jours de conférences, d'incertitudes, l'état asphyxique empira si rapidement, que le malade cyanosé me demanda instamment la ponction. Je convoquai à la hâte des confrères, et le 15 juillet je me trouvai auprès de M. F***, avec les docteurs Gaussail, Estevenet, Poux et Bégué. — Le ventre était tellement distendu qu'il formait un relief énorme en avant du thorax ; le malade étouffait. Je me hâtai d'enfoncer un trocart explorateur dans la région sus-ombilicale, considérablement distendue ; le gaz s'échappa rapidement par la canule après la sortie du poinçon, et le courant était assez fort pour éteindre une bougie placée au-dessus de l'ouverture de la canule. Le ventre s'assouplit, mais nous ne pûmes expulser qu'une quantité de gaz suffisante pour arrêter les accidents asphyxiques. La tympanite persistait à un degré modéré. Le soulagement fut instantané et se maintint toute la journée; mais le lendemain, malgré la compression, la glace et les moyens divers employés précédemment sans succès, la pneumatose reparut. Le 17, la distension abdominale était aussi considérable qu'avant la ponction. Le malade me pria instamment de lui faire une deuxième ponction, tant il avait éprouvé de soulagement de la première. Le soir, ayant réuni mes confrères, nous fîmes deux ponctions dans deux points de l'abdomen ; il s'échappa par la canule une plus grande quantité de gaz que la première fois, et le soulagement éprouvé par le malade fut tellement sensible qu'il nous remercia d'avoir obtempéré à son désir. Malheureusement, nous savions que ces ponctions ne faisaient que prolonger son existence de quelques jours ; la mort ne pouvait tarder de mettre un terme aux souffrances de notre confrère, qui succomba, le 20 juillet, aux suites de graves lésions des organes urinaires. Mais les ponctions avaient eu un résultat très-heureux pour le malade

et pour l'opération elle-même. Non-seulement elles produisirent un soulagement immédiat, mais elles retardèrent la mort de plusieurs jours, et quoique la tympanite n'eût pas complétement cédé après la dernière ponction, elle ne reprit pas le développement des premiers jours; de telle sorte que le malade fut mis à l'abri de l'asphyxie et qu'il succomba aux progrès de sa maladie organique.

Je suis entré dans ces détails relativement aux ponctions faites à notre malheureux confrère, parce que c'est à leur innocuité que nous devons le succès dont il me reste à vous parler succinctement, espérant toujours que l'observation sera publiée ultérieurement.

Le 14 septembre 1866, je fus appelé, à huit heures du soir, auprès de M. Raynaud, directeur d'une importante maison de lithographie et gravure, domicilié à Toulouse, rue des Puits-Clos. Je trouvai auprès du malade mes confrères MM. Combes et Rességuet. Le cas était pressant, on m'avait dit que l'asphyxie était imminente : je demandai immédiatement des renseignements à mes confrères, et voici ce que j'appris, à mon grand étonnement, et j'ajoute de suite avec un contentement non moins grand. A la suite d'une fièvre rémittente, M. Reynaud, âgé de cinquante-neuf ans, fortement constitué, avait été pris d'une tympanite intestinale qui, malgré l'emploi des moyens les plus judicieux et les plus rationnels, avait pris des proportions tellement grandes, qu'il y avait trois jours, dans la soirée, M. le docteur Rességuet avait été appelé et avait trouvé le malade à demi asphyxié. Connaissant le fait de M. F***, sachant combien les ponctions avaient été efficaces contre l'asphyxie produite par la compression et le refoulement du diaphragme par les gaz, notre confrère, après avoir mis des sinapismes aux jambes, de la glace sur le ventre, etc., se décida pendant la nuit, le cas étant pressant, de faire une ponction dans le ventre, énormément distendu par les gaz. Le résultat fut immédiat : les gaz s'échappèrent presque en totalité par la canule du trocart, et, quelques minutes après la ponction, le malade était dans un état de bien-être tel qu'il se crut guéri. Pendant que le malade et sa famille félicitaient M. Rességuet du beau résultat de son opération, notre confrère était très-préoccupé des suites définitives de son heureuse tentative, dont il ne se dissimulait pas la témérité. Ne pouvant se procurer pendant la nuit un trocart explorateur en bon état, pressé par la famille qui assistait à l'asphyxie, visible pour tous, du malade qui était cyanosé, il s'était servi pour faire la ponction d'un trocart à hydrocèle ordinaire. Qu'allait-il advenir de cette ponction intestinale avec un pareil instrument? Eh

bien, mon cher confrère, pas le moindre accident n'en fut la conséquence : le lendemain, la piqûre faite par le trocart était cicatrisée. La tympanite n'était pas guérie; elle se reproduisit rapidement les jours suivants avec la même intensité et les mêmes dangers d'asphyxie, de telle sorte que, au moment de la consultation, le malade avait déjà subi cinq ponctions intestinales faites dans divers points de l'abdomen, mais avec le trocart explorateur qui, chaque fois, donna issue aux gaz intestinaux qui distendaient démesurément la cavité abdominale.

Tels étaient les renseignements qui me furent donnés, et lorsque j'examinai le malade, je constatai le retour de la pneumatose gastro-intestinale, avec tout le cortége des symptômes graves des jours précédents : nausées, vomissements, oppression, dypsnée progressive, refroidissement, etc. Le malade réclamait la ponction; les médecins attendaient ma décision pour agir. Je fus d'avis d'attendre pour faire une nouvelle ponction palliative que l'asphyxie fût imminente, et, tout en reconnaissant avec mes confrères que les ponctions avaient été inoffensives, je déclarai qu'il y avait du danger à persévérer dans leur emploi, et qu'il fallait à tout prix rétablir l'évacuation des gaz par le rectum. Le cas me parut très-grave, à cause de l'inefficacité des moyens mis en usage pour obtenir ce résultat; mais j'engageai mes confrères à ne pas se décourager, rien n'indiquant dans la marche de la maladie ni dans l'examen du ventre une lésion organique. La glace fut continuée à l'intérieur, des lavements glacés furent administrés au moyen d'une longue canule, préalablement introduite dans le rectum et poussée aussi haut que possible, et quand les vomissements seraient arrêtés, il fut prescrit toutes les heures une cuillerée à bouche de lait de magnésie. Pendant la nuit, M. Rességuet fut obligé de faire une ponction; c'était la sixième, mais ce fut la dernière. Après l'expulsion complète des gaz, la médication conseillée put être tolérée, et son emploi poursuivi amena une détente intestinale. Depuis ce moment, les gaz s'échappèrent par le rectum; la pneumatose ne reparut plus. Quelques jours après, M. Reynaud entrait en convalescence, et la guérison est si bien confirmée que j'ai vu hier M. Reynaud plein de santé et de force, et ne se ressentant pas de sa maladie de l'année dernière.

Telles sont, très-honoré confrère, dans leurs détails cliniques les plus essentiels, ces deux observations. Bien que les circonstances ne m'aient pas mis jusqu'ici en relation avec vous, je me suis fait un devoir et un plaisir de vous communiquer ces deux faits, dont

l'importance pratique est si grande et qui viennent à l'appui de l'opinion que vous avez si largement exposée dans le *Bulletin de Thérapeutique*. Je ne doute pas de tout l'intérêt qu'ils vous offriront.

Veuillez agréer, etc. LAFORGUE.

Toulouse, 21 avril 1867.

RÉPONSE DE M. FONSSAGRIVES.

Votre lettre, très-honoré confrère, m'a causé une de ces douces joies qui sont toujours les bienvenues au milieu des aridités dont la pratique de la médecine est remplie. Voir deux faits expressifs apporter leur secours à une opinion que l'on a défendue et qui est encore controversée; avoir la pensée qu'on a contribué même de loin au salut d'un malade, et, enfin, entrer en commerce avec un esprit distingué, c'est là une triple bonne fortune que j'apprécie à toute sa valeur.

Vos deux faits sont décisifs, ils en valent un grand nombre par leur précision, et cette circonstance que les ponctions ont été multiples chez chacun des deux malades, et que l'une d'elles a été pratiquée par urgence avec un trocart à hydrocèle, mettent hors de contestation l'innocuité d'une pratique semblable. Notre malheureux confrère M. F*** a été si complétement soulagé par la ponction, qu'il l'a réclamée lui-même une seconde fois, et M. R*** dans votre opinion, comme dans celle des honorables confrères qui avaient été réunis à vous en consultation, a dû son salut à cette opération si simple. La cause paraîtra sans doute jugée pour tout esprit impartial : dans les cas de pneumatose gastro-intestinale (et à plus forte raison de pneumatose péritonéale), lorsque la distension sera portée au point de produire une menace d'asphyxie, la ponction unique ou répétée est une opération impérieusement indiquée. Elle est inoffensive, et là où elle ne guérira pas, elle amènera au moins une amélioration que l'on demanderait inutilement aux autres moyens. Votre communication aura singulièrement contribué à fixer ce point de pratique jusqu'à présent demeuré indécis, et je suis heureux de penser que mon opinion en cette matière a été prise en quelque considération par les médecins distingués que cette double consultation avait réunis.

Agréez, cher et très-honoré confrère, avec mes remercîments pour votre gracieuse communication, l'assurance de mes meilleurs sentiments de confraternité. FONSSAGRIVES.

Montpellier, 23 avril 1867.

BIBLIOGRAPHIE.

Notes cliniques sur la chirurgie utérine dans ses rapports avec le traitement de la stérilité, par J. Marion Sims, bachelier ès arts, docteur médecin, ancien chirurgien à l'hôpital des femmes de New-York, membre de l'Académie de médecine de New-York, de la Société pathologique de New-York, de la Société historique de New-York, etc., etc. ; traduit de l'anglais par le docteur Lhéritier, médecin consultant de l'Empereur, inspecteur des eaux de Plombières, officier de la Légion d'honneur.

Voici un livre qui, tout en apportant, nous le croyons, des enseignements utiles, étonnera tout d'abord des lecteurs français. Au milieu du scepticisme que fait naître et qu'aggrave tous les jours le conflit des doctrines les plus contradictoires, malgré la tendance de plus en plus accentuée d'un certain nombre d'esprits à oublier le fait, indéniable cependant, de la spontanéité de la vie et de ses actes hygides ou morbides, et à tenir compte surtout, dans l'appréciation des choses dont connaît la médecine, du mécanisme derrière lequel se dissimule cette spontanéité, il reste toujours au fond de la conscience médicale une sorte d'instinct qui nous défend tous contre les dernières conséquences logiques de ce funeste entraînement. L'ouvrage de M. Marion Sims ne connaît pas, ne trahit pas ces hésitations, au moins dans la question limitée qu'il traite ; dans sa pensée, le mode de vie actuel, si nous pouvons ainsi parler, de l'appareil génital de la femme n'a rien à faire dans l'aptitude à concevoir, si l'ovulation est normale ; les seuls obstacles possibles à la fécondation, il faut les chercher dans les incorrections de la voie que doivent suivre, dans cet appareil, les spermatozoaires pour donner à l'œuf l'élan dont il a besoin pour entrer dans l'activité de sa mystérieuse évolution. Les lésions, encore purement vitales, qui préparent le traumatisme dont la stérilité pourra un jour devenir la conséquence, ne sauraient la produire, tant que le mécanisme de la conception demeurera intact. Il serait trop long d'entrer dans les détails qui légitimeraient les réserves que nous croyons devoir faire sur un point de doctrine que ne fait d'ailleurs qu'effleurer en divers endroits de son livre l'habile chirurgien de l'hôpital des femmes de New-York ; nous nous contentons d'en marquer ici la place, et allons, sans plus nous attarder, parcourir les *Notes cliniques sur la chirurgie utérine dans ses rapports avec la stérilité*, et, chemin faisant, indiquer dans le travail de notre hardi et habile confrère les prin-

cipaux faits chirurgicaux qui nous semblent surtout dignes de fixer l'attention des praticiens.

Voici d'abord l'économie simple de ce livre. Après avoir indiqué à grands traits l'importance de toute recherche qui a pour but de faire disparaître les obstacles à la fécondation et à la conception, l'auteur énumère les conditions essentielles à l'accomplissement de celle-ci ; ces conditions sont les suivantes : 1° La conception a lieu seulement pendant l'existence de la vie menstruelle ; 2° il faut que les menstrues soient de nature à témoigner de l'état de santé de la cavité utérine ; 3° il faut que l'orifice et le col soient suffisamment ouverts, pour permettre le libre écoulement du flux menstruel, ainsi que l'entrée des animalcules spermatiques ; 4° il faut que le col soit de conformation, de forme, de grandeur et de densité convenables ; 5° il faut que l'utérus soit dans une position normale, c'est-à-dire ni en antéversion, ni en rétroversion très-prononcées ; 6° il faut que le vagin soit capable de recevoir et de retenir le fluide spermatique ; 7° il faut que la semence, avec les animaux spermatiques vivants, soit déposée dans le vagin en temps opportun ; 8° il faut que les sécrétions du col et du vagin n'empoisonnent ni ne tuent les animaux spermatiques. Tels sont les sujets délicats, souvent obscurs dans leur diagnostic, que traite tour à tour dans son ouvrage M. Marion Sims, et sur lesquels il essaye de jeter quelques lumières, quant à l'investigation qu'ils provoquent, comme à la thérapeutique qu'ils commandent, et il émet quelquefois les idées les plus hardies, après les avoir résolûment mises à exécution dans une pratique, paraît-il, souvent heureuse.

Avant d'aspirer à imiter cet habile chirurgien dans sa pratique, il faudrait, je crois, le suivre tout d'abord dans sa méthode d'exploration, soit qu'il s'agisse de la position dans laquelle doivent être placées les femmes qu'il faut explorer, soit qu'il s'agisse de l'appareil instrumental à mettre en usage pour atteindre ce but. En homme qui sait ce dont il parle, parce qu'il a fait ce qu'il dit, le médecin de New-York, qui habite aujourd'hui Paris, expose d'une manière très-claire, en s'aidant libéralement, quand il le juge nécessaire pour l'intelligence du texte, de dessins assez corrects, tout ce qui peut guider utilement le praticien dans cette voie quelquefois très-laborieuse. Nous appellerons surtout à cet égard l'attention des lecteurs du *Bulletin général de Thérapeutique* sur l'attitude peu usitée parmi nous qu'il fait prendre aux patientes dans ces investigations toujours délicates, et sur le spéculum particulier dont il se sert pour découvrir à l'œil de l'opérateur les parties pro-

fondes à explorer. Tout ici gît dans la précision des détails ; nous nous contenterons donc sur ce point de cette simple remarque. Mais nous voudrions que chacun comprît bien que c'est là, c'est dans le mode même d'agir du médecin américain qu'est la clef de la fortune de son heureuse pratique.

A suivre M. Marion Sims dans toutes les parties de son livre, on croit quelquefois se trouver en pleine pathologie chirurgicale utérine ; on oublie que ces questions ne sont traitées qu'au point de vue des rapports de ces lésions avec la stérilité ; l'auteur semble quelquefois l'oublier lui-même, mais il ne tarde pas à vous le rappeler et à vous ramener, bien que par un chemin quelquefois un peu détourné, dans le sujet même de son intéressant ouvrage ; il en est surtout ainsi, par exemple, quand il s'occupe de la question des corps fibroïdes, soit intra-utérins, soit intra-muraux, dans leurs rapports avec la métrorrhagie. On perd facilement de vue la connexion des nombreuses questions agitées à propos de la stérilité ; mais le hardi chirurgien nous y ramène bientôt, quoique d'une manière très-imprévue dans quelques cas. Tout le monde sait, par exemple, combien c'est une opération hasardeuse que l'énucléation d'une vaste tumeur fibreuse non pédiculée dans la cavité utérine ; comment dès lors peut-il être question d'une telle opération en vue de faire cesser une stérilité qui s'y lie étroitement ? L'auteur répond à cette question par un trait d'une sorte d'*humour* scientifique qu'on n'attendrait pas d'un compatriote de Washington. Écoutez plutôt : « Il est bien permis de se demander, dit-il, si une opération aussi hasardeuse que l'énucléation d'une vaste tumeur fibreuse devrait être tentée dans le but *unique* d'écarter la stérilité, et quand la vie n'est pas mise en péril par de terribles hémorrhagies. Certes, je concevrais quelques cas où l'opération pourrait se justifier. Supposons, par exemple, qu'une dynastie fût menacée d'extinction, et que la cause de la stérilité résidât dans une fibroïde susceptible d'énucléation : ici la perpétuité d'un bon gouvernement et la prospérité de l'Etat dépendraient du résultat de l'opération. Qu'une ancienne famille d'un nom illustre, influente par son rang et sa grande fortune, désirât perpétuer ce noble héritage dans une ligne de descendants directs : une telle opération pourrait-elle se justifier, si les parties, éclairées sur tous les dangers qu'elle entraîne, voulaient en assumer la responsabilité ? Et si elle réussissait, serions-nous autorisés à promettre la possibilité de la conception ? » Ailleurs, en parlant d'une opération non moins scabreuse à opposer à un pur vaginisme réfractaire, il dit avoir refusé de pra-

tiquer cette opération en pareille circonstance, « parce qu'elle ne pouvait se justifier sur une personne du rang de la malade ; l'hôpital étant le champ légitime de l'observation expérimentale. » Nous ne sommes pas ici aussi démocrates qu'au delà de l'Atlantique, et cependant nous pensons que personne n'oserait faire une telle distinction : on sent qu'ici on est en présence d'un homme appartenant à une nation qui a mangé du nègre et qui, malgré sa négrophilie théorique, n'est pas encore bien convaincue de l'identité de la race noire et de la race blanche. Mais passons, c'est là de la pure couleur locale, comme l'appellation de guillotine utérine que l'auteur donne quelque part à un certain instrument de son arsenal chirurgical; de telles excentricités, un peu trop yankees, n'ont nulle chance de faire école parmi nous.

Le chapitre qui nous paraît mériter d'être étudié le plus attentivement dans le livre, original jusqu'à l'excès, nous le craignons, de notre savant confrère, c'est celui qui est relatif à la dysménorrhée dans ses rapports avec la stérilité.

M. le docteur Sims sait parfaitement que cette dysménorrhée peut se rattacher à des lésions locales essentiellement temporaires, contre lesquelles la chirurgie ne saurait être invoquée; mais il estime que quand, comme il arrive souvent, la cause de la perturbation cataméniale est une obstruction, cette cause, étant purement anatomique et mécanique, doit être combattue par des moyens du même ordre. C'est ici surtout que la pratique de l'auteur américain peut nous paraître téméraire, à nous, qui, *Fabius cunctator* de la thérapeutique, n'entrons pas dans cette chirurgie à aiguille qui va plus vite au but, mais qui le dépasse quelquefois. Quoi qu'il en soit à cet égard, cette partie du livre de notre confrère américain est celle qui nous paraît marquée de la plus grande originalité, et nous sommes convaincu qu'il y a là un certain nombre de faits intéressants, d'où une critique non timide comme serait la nôtre ferait sortir quelques données utiles, et moins problématiques que les amputations du col utérin de Lisfranc, d'équivoque mémoire.

Nous recommandons encore les pages où l'auteur traite du vaginisme, dont il ne nous paraît pas aussi bien démontré qu'au médecin américain que l'incision des sphincters vaginaux, l'excision de l'hymen, etc., soient l'unique remède ; de l'endocervite, de l'endométrite. Nous recommandons, comme les plus curieuses, les pages où M. Marion Sims parle des enseignements divers qu'il a tirés d'un nouveau congrès sexuel, de certaines injections vaginales en

vue de la fécondation, impossible autrement, etc., etc.; mais là, partout l'auteur aborde des questions scabreuses auxquelles tout le monde n'a pas le droit de toucher, parce qu'elles mettent sur la pente de dangers de toute sorte. M. Sims est sorti de là, nous aimons à le croire, pur comme la science dont il est l'organe désintéressé; nous ne répondrions pas que tous ceux qui voudraient traiter le même sujet sans avoir la même autorité en sortissent aussi heureusement.

En somme, ce livre a des parties non sans originalité, d'où il surgira, nous le croyons, quelques enseignements nouveaux; mais il demande à être lu avec précaution, et bien que l'auteur semble surtout le recommander aux jeunes médecins, ce n'est pas, tout d'abord, ce chemin là que nous voudrions qu'il prît. Le savant traducteur de cet ouvrage intéressant à plus d'un titre, M. le docteur Lhéritier, eût agi sagement et dans le sens de notre critique, si, à l'exemple de plusieurs traducteurs éminents, MM. Jaccoud, Doumic et Baillarger, Ollivier et Charcot, etc., par exemple, il eût annoté sa traduction, et corrigé ce qu'il peut y avoir d'excessif dans certaines affirmations de l'auteur; nous regrettons qu'un excès de modestie peut-être ait, à cet égard, enchaîné sa plume exercée.

Traité pratique et élémentaire de pathologie syphilitique et vénérienne, par MM. L. Belhomme et Aimé Martin. 1 fort volume in-12 de 690 pages; prix : 6 fr. 50 c. Chez A. Coccoz, libraire, 30, rue de l'Ecole-de-Médecine.

La *syphilis* est depuis longtemps une question brûlante; les nombreux ouvrages publiés depuis quelques années montrent qu'elle n'a rien perdu de son intérêt. Les livres qui ont paru sont l'œuvre de maîtres ou résument l'esprit de quelques chefs d'école, et sont consacrés à la défense d'une théorie ou à la monographie de quelques points douteux qu'ils éclairent. Telles sont, pour ces dernières, l'étude des *syphilis malignes*, de M. Dubuc, les recherches sur les *affections nerveuses d'origine syphilitique*, de MM. Gros et Lancereaux, et bien d'autres encore.

Au milieu de ces nombreux ouvrages et de ces savantes monographies, il existait une lacune fort importante; les étudiants ne savaient où puiser les connaissances nécessaires pour juger impartialement les différentes théories qui partagent les syphiliographes modernes, et les praticiens manquaient aussi d'un résumé

contenant les enseignements nécessaires, dégagés des discussions théoriques, qui offrent pour eux peu d'intérêt.

La nécessité d'un traité élémentaire sur cette matière était impérieusement sentie, lorsque parut le *Traité élémentaire et pratique de pathologie syphilitique et vénérienne*, de MM. les docteurs Belhomme et Martin, qui répond de la manière la plus complète aux besoins que nous venons d'exprimer.

Les auteurs se sont déjà fait connaître par des travaux spéciaux : citons la thèse de M. Martin sur l'*Accident primitif*, et ses travaux sur la *Diphthérite secondaire*, dont nous reparlerons plus loin en analysant leur livre. M. Belhomme est un ancien interne du Midi et de Lourcine ; M. Martin a été durant plusieurs années interne à l'infirmerie de Saint-Lazare : ces titres prouvent que ces messieurs ont dû acquérir leurs connaissances au milieu du plus vaste champ d'observations que présente Paris, et qu'à l'enseignement théorique des maîtres les plus illustres, ils ont pu joindre l'enseignement pratique et l'expérience solennelle qui sont, nous le pensons, les plus sérieux moyens d'instruction. Si à cette énumération nous ajoutons que tous deux sont jeunes, et qu'ils ne sont encore pères d'aucune théorie, nous aurons prouvé que leur livre doit être pratique et impartial.

Ce livre est divisé en trois parties ; chacune d'elles est consacrée à une espèce particulière de maladie. Dans la première partie, les auteurs décrivent les diverses manifestations de la syphilis, en commençant par l'accident primitif, le *chancre infectant*, puis en étudiant successivement les autres symptômes, selon l'ordre des types et les régions dans lesquelles ils se produisent. « Nous avons cru, disent-ils, ne pas devoir adopter la division classique de la vérole en trois catégories d'accidents ; cette division, certainement fort utile au point de vue de l'étude et de la thérapeutique, a l'inconvénient d'être trop absolue, et il est certains accidents qu'on ne peut faire rentrer dans aucune de ces trois classes purement factices. »

La deuxième partie est consacrée au *chancre simple* qui, selon MM. Belhomme et Martin, n'a aucun lien avec la syphilis. A l'étude du chancre simple se rattache celle de ses complications.

La troisième partie étudie la blennorrhagie et les diverses affections qui peuvent la compliquer. Le livre est terminé par un chapitre consacré à la *prophylaxie* individuelle et générale de cette affection et par un *Formulaire des diverses médications* qu'on lui oppose ; ce formulaire spécial peut rendre de grands services aux

praticiens, c'est une heureuse idée dont il faut tenir compte aux auteurs.

Dans une introduction très-étendue, ces messieurs se livrent à un examen historique de la syphilis; puis, à celui des diverses théories qui règnent et qui ont régné sur la pathogénie de cette affection; à chaque école ils ont consacré un court chapitre dans lequel ils ont impartialement résumé la doctrine qui s'y rattache. Cette introduction renferme un index bibliographique qui permettra aux amoureux de la science les recherches originales.

Par la division de leur œuvre, il est facile de voir que MM. Belhomme et Martin se rattachent à la doctrine qui triomphe de nos jours : ils sont *dualistes*; mais s'ils profitent des données sérieuses de cette école, ils n'en adoptent pas les égarements, et c'est avec une éclatante logique qu'ils prouvent que le prétendu *chancre mixte* n'est autre chose qu'une coexistence des deux virus au même point, mais que ce nouveau chancre n'a aucun des caractères qui constituent l'entité morbide.

Nous signalerons aux lecteurs le chapitre original qui traite de la *diphthérite secondaire*, éruption pseudo-membraneuse signalée pour la première fois en 1861, par un des auteurs, M. Aimé Martin. Dans la préface, ces messieurs disent qu'ils se sont imposé la tâche de résumer dans un livre les nombreux travaux publiés, les documents épars qui, réunis, présenteraient un tableau complet de l'état actuel des diverses questions qui se rattachent à la pathologie syphilitique et vénérienne. Ils ont complétement réussi, et nous pensons qu'il n'y a pas de meilleur ouvrage à conseiller aux étudiants qui voudraient acquérir en syphilis des connaissances sérieuses; cette pensée n'est pas la nôtre seulement, le *Conseil de santé des armées* a adopté cet ouvrage pour la bibliothèque de ses écoles et de ses hôpitaux d'instruction.

BULLETIN DES HOPITAUX.

DES INJECTIONS D'EAU FROIDE DANS LE CATARRHE CHRONIQUE DE LA VESSIE. — Le catarrhe chronique de la vessie est une affection fréquente chez les vieillards. Ce n'est pas ici le lieu d'en faire l'histoire ni d'indiquer les nombreux moyens de traitement qui lui ont été opposés; je veux seulement en signaler un que j'emploie souvent

chez les vieillards de l'hospice de Bicêtre, et qui, malgré sa grande simplicité, n'en a pas moins souvent donné de très-bons résultats: Je veux parler des injections d'eau froide dans la vessie, répétées matin et soir. Ces injections, préconisées depuis longtemps, du reste, ont pour but d'expulser toutes les mucosités purulentes et d'exciter la contractilité, souvent très-affaiblie, de la vessie. Je me contente de publier à l'appui de mon assertion ces deux observations, prises parmi beaucoup d'autres, et recueillies par M. Calmette, interne de mon service.

Obs. I. Le nommé X*** entre, le 19 février 1867, dans le service de M. le docteur Tillaux. Ce malade, d'une bonne constitution, est atteint depuis plusieurs années d'une cystite chronique, présentant des exacerbations qui le décident à monter à l'infirmerie. Il se plaint de changements survenus dans la miction; il urine jusqu'à vingt fois et plus dans les vingt-quatre heures, et sitôt que le besoin d'uriner se fait sentir, il y a pour lui nécessité absolue d'accomplir cet acte, sans quoi l'urine coule involontairement dans ses vêtements. Après chaque miction, il éprouve une douleur assez intense semblant siéger au niveau du col de la vessie.

Le cathétérisme est facile : l'urètre de cet homme est très-court, aucun obstacle ne se rencontre au niveau de la prostate. L'urine est abondante, claire au début, ammoniacale, purulente dans les dernières gouttes; quelques stries de sang semblent disséminées au milieu de ce liquide.

Après chaque cathétérisme, injection dans la vessie d'environ 250 grammes d'eau froide. Ce traitement, renouvelé deux fois par jour, produit bientôt un heureux résultat; le malade urine moins souvent, la miction devient de moins en moins douloureuse; le liquide cesse d'être purulent et ammoniacal. Douze jours après son entrée à l'infirmerie, il retournait guéri dans sa division.

Obs. II. — *Rétention d'urine. Cathétérisme. Injections froides. Guérison.* — Allard (Jean-Baptiste), âgé de soixante-trois ans, entré le 8 mars 1867. Ce malade raconte qu'il n'avait jamais ressenti aucun trouble des fonctions urinaires, avant l'attaque d'apoplexie qui le rendit hémiplégique il y a onze ans.

Depuis cette époque, sa miction a été dérangée à peu près sans interruption, et seulement avec de faibles alternatives d'amélioration. Ces troubles consistaient en de très-fréquents et irrésistibles besoins d'uriner, dont il avait parfaitement conscience et qui le ré-

veillaient la nuit; mais, s'il n'y cédait presque aussitôt, il ne pouvait retenir ses urines, et bien souvent il a ainsi souillé soit son lit, soit ses vêtements.

A deux reprises, l'incontinence a fait place à la rétention ; l'année dernière d'abord, à la suite d'excès de boisson, il fut plus d'un jour sans pouvoir uriner, bien qu'il en sentît vivement le besoin ; puis, pendant la nuit, sans en avoir conscience, son urine s'écoula goutte à goutte, et inonda son lit, sans qu'il se réveillât. Le cathétérisme mit fin à cette incontinence. Bientôt après, il sortit de la salle guéri.

Cette année, entré le 8 mars, il présentait des symptômes analogues à ceux que je viens de décrire ; mais la rétention n'était pas encore arrivée à causer la miction goutte à goutte et involontaire. De plus, le malade n'a rattaché cette aggravation à aucune cause déterminée ; ni deux ou trois jours avant, ni la veille de cette rétention, il n'y avait rien d'insolite dans son état.

Quand il entra à la salle Saint-Prosper, il était très-abattu, avec un peu de fièvre, pas d'appétit, une grande douleur à la région hypogastrique où s'exagérait la sensation du besoin de pisser, et où la vessie distendue, globuleuse, dure, remontant presque jusqu'à l'ombilic, augmentait encore cette douleur.

Le cathétérisme simple évacua une très-grande quantité d'urine, qui sortit par un jet assez énergique, bien éloigné du bavement ; la vessie se vida complétement. Cette évacuation rétablit bientôt l'état du malade.

A partir de ce moment, le cathétérisme fut pratiqué deux fois, puis trois fois par jour pendant quelque temps : la vessie, revenue sur elle-même, ne supportant pas une distension considérable. L'urine resta sans changement pendant tout le traitement, qui ne fut d'ailleurs troublé par aucun accident.

Ce traitement local consistait en injections d'environ 250 grammes d'eau froide dans la vessie ; à chaque cathétérisme et sous son influence, l'amélioration se manifesta d'une manière de plus en plus accentuée. Pendant les derniers jours, le malade dit n'avoir plus besoin d'être sondé qu'une fois par jour ; depuis le 24, il urina seul, et seulement cinq ou six fois par jour ; le 26, il demande et reçoit son exeat.

P. Tillaux.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Bons effets des inhalations d'iode dans un cas de phthisie pulmonaire. Une femme de vingt-neuf ans était atteinte depuis six mois d'une toux incessante avec expectoration de crachats puriformes; fièvre tous les soirs; sueurs nocturnes et suppression des règles. A la percussion, on constatait un son mat et obscur sous les clavicules, et l'auscultation révélait des craquements et des râles humides au sommet des deux poumons. M. le docteur Adnot lui prescrivit le traitement suivant : Badigeonner les parois thoraciques avec la teinture alcoolique d'iode, et respirer les émanations de cette substance deux ou trois fois par jour : maintenir la température de la chambre de 14 à 20 degrés; éviter soigneusement l'humidité ; ne sortir que par un beau soleil ; éviter de garder le lit et se promener dans son appartement. Faire pénétrer très-doucement, très-lentement une grande masse d'air dans les profondeurs du poumon, à l'aide d'une grande inspiration, et alors que cet organe est distendu ; l'expiration doit être très-brusque et très-forte pour entraîner au dehors les liquides dont les canaux aériens sont obstrués. Ce simple moyen empêche les quintes d'avoir lieu et l'expectoration se fait facilement.

Après trois mois de ce traitement et l'usage d'une bonne nourriture, il y avait une amélioration inespérée; l'appétit revint; le sommeil était excellent et les forces renaissaient. Malheureusement, les lésions étaient trop avancées pour obtenir la guérison, et la malade mourut l'hiver suivant.

Dans ce cas, on fit usage des cônes préparés selon la formule de M. Chatin, ancien pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu, afin d'éviter l'inconvénient de tacher les objets de literie. Deux de ces cônes, dont je vais donner la composition, étaient brûlés soir et matin dans la chambre de la malade.

Iode, 5 grammes ; poudre de guimauve, 40 grammes; azotate de potasse, 35 grammes; alcool, q. s.; eau, q. s.

C'est à l'aide de ces cônes que l'on crée aux phthisiques une atmosphère iodée dont l'action peut être graduée selon la susceptibilité des malades et la capacité de la chambre qu'ils habitent. (*Bulletins de la Société médicale de l'Aube.*)

De l'extrait thébaïque contre les vomissements opiniâtres de la grossesse. Chaque année voit proposer quelques nouvelles médications contre les vomissements opiniâtres de la grossesse; dernièrement encore, c'était la teinture d'iode et l'iodure de potassium qui paraissaient avoir réussi dans un certain nombre de cas. Sans vouloir discréditer ce nouvel agent, qui compte des succès réels, il est bon de rappeler un médicament vulgaire et très-précieux contre ces accidents : l'extrait thébaïque. Il n'est sans doute personne qui n'y ait eu recours ; cependant les résultats sont souvent imparfaits, et après quelque tentative insuffisante, on se rabat sur des médications d'un autre ordre : vésicatoires, glace, eau de Seltz, absorbants, etc. La raison de ces insuccès réside peut-être dans le mode d'administration de la morphine, donnée en solution plus ou moins étendue, et le peu de sévérité que l'on apporte dans le choix et la quantité des boissons. Celles-ci, ingérées trop souvent, fatiguent l'estomac et font mal supporter la substance médicamenteuse proprement dite.

M. Jouon a observé deux femmes multipares chez lesquelles des vomissements opiniâtres avaient fait porter un pronostic grave. Les médications classiques furent inutilement tentées. Le sous-nitrate de bismuth, le bicarbonate de soude, la craie et la magnésie, le charbon furent essayés pendant plusieurs semaines. L'eau de Seltz, les boissons glacées, la glace, furent sans effet. Les vésicatoires, les diverses préparations narcotiques, tout fut impuissant. Dans les deux cas, la cessation fut obtenue en administrant des pilules d'extrait thébaïque de 1 centigramme toutes les heures. (*Journal de médecine de l'Ouest.*)

Traitement des brûlures par le chlorure de soude. Un ouvrier fut cruellement brûlé par l'explosion du feu grisou, dans une mine de houille. Son corps n'était qu'une vaste plaie : on s'avisa d'appliquer, sur une de ses mains, une compresse trempée dans une solution d'une partie de chlorure de soude et de six parties d'eau. Plus tard on le déshabilla, et un drap imbibé de cette solution fut enroulé autour de son corps. Le lendemain, les douleurs avaient diminué, et le mineur fut bientôt guéri.

Une dame eut la main brûlée par l'explosion d'une boîte d'allumettes chimiques. Cette même lotion la guérit en peu de jours.

Le docteur Pidduck a eu d'assez nombreuses occasions de recourir à ce moyen, toujours avec succès. Quant au mode d'action de cette liqueur, il l'explique par la combinaison du chlorure avec la surface brûlée. De cette manière, on s'oppose au contact de l'oxygène de l'air, cause présumée des souffrances dues à l'étendue de l'ulcération et à la contraction du système dermoïde. (*The Lancet.*)

Traitement mécanique du phymosis. Craignant les conséquences de la division de l'anneau constricteur dans un phymosis syphilitique, le docteur Elliot Cones, chirurgien de l'armée des Etats-Unis, tenta la dilatation en introduisant les branches d'une pince ordinaire entre le prépuce et le gland. Ayant obtenu une certaine dilatation en les écartant doucement pendant quelques minutes, il laissa l'instrument en place, recommandant au malade d'exercer une certaine force graduelle en écartant les branches et en lotionnant les parties d'eau tiède. Trois heures de ces manipulations triomphèrent de l'obstacle en découvrant deux chancres mous qui furent ainsi traités efficacement.

Ce succès a fait imaginer un petit instrument simple pour mieux remplir cette indication et obtenir sans force une dilatation graduée. C'est tout simplement une pince courte à deux branches dont l'extrémité mousse est élargie et légèrement convexe en dehors et concave en dedans, s'écartant l'une de l'autre par un pas de vis sortant d'une branche et s'arc-boutant contre l'autre, où elle se fixe.

Ce procédé peut donc rendre des services quand les malades pusillanimes refusent le débridement ou qu'il y a lieu de craindre que l'incision ne s'ulcère. (*Med. and surg. Reporter* et *Union médicale.*)

Plaie pénétrante de l'articulation du genou; guérison. On connaît la gravité du pronostic dans les cas de plaies pénétrantes des articulations, surtout quand ces plaies sont larges et qu'elles affectent une grande articulation, celle du genou principalement. Voici un cas qui fait voir l'importance, dans le traitement, de l'immobilité et de l'exclusion absolue de l'air.

Ouvrier charron, âgé de trente-huit ans, robuste, de bonne et saine constitution, entré à St. Mary's hospital, dans le service de M. Haynes Walton, le 16 février dernier. En se livrant à son travail, cet homme s'était frappé de sa hache au genou droit, en dedans de la rotule, et s'était fait une plaie d'un pouce et demi de longueur, qui avait mis à découvert les cartilages de la rotule et du fémur. L'hémorrhagie avait été peu considérable. Après avoir exactement expulsé l'air qui avait pénétré dans la jointure, le chirurgien interne, M. de Tatham, rapprocha avec soin les bords de la plaie, les réunit à l'aide de trois sutures, puis recouvrit le tout d'une couche épaisse de collodion. Une attelle droite ayant été ensuite assujettie en arrière du membre pour en assurer l'immobilité, le malade fut placé dans son lit, le pied soulevé par des coussins. Boisson saline, bouillon.

Le lendemain le malade était bien, disait n'éprouver aucune douleur. Le troisième jour, 19 février, l'articulation était le siége d'un léger épanchement et la température de la partie s'était un peu élevée; mais le pouls était calme. Constipation, qui oblige à administrer un laxatif. Le 20, articulation toujours distendue, mais pas de douleur; langue nette, pouls normal. Le 21, diminution de l'épanchement; les sutures sont enlevées; il y a un peu de suppuration dans le trajet de l'un des fils; à cela près, la plaie est presque réunie; bandelettes, cataplasme. Le 25, il ne reste plus trace d'épanchement, cicatrisation complète; cessation de tout pansement, mais l'immobilisation est continuée jusqu'au 9 mars, jour où la guérison est parfaite, avec une cicatrice solide, mais adhérente à la partie interne du condyle fémoral. Six jours après le blessé quittait l'hôpital, en bon état et pouvant

se servir librement de son membre. (*Lancet*, 13 avril 1867.)

Traitement de l'entorse. Aux nombreux moyens employés pour guérir l'entorse simple, M. le docteur Dandreau, médecin-major au 10e bataillon de chasseurs à pied, propose de substituer la compression exercée de la manière suivante :

1° Prendre une compresse de toile assez grande pour faire, en la pliant plusieurs fois sur elle-même, *un rouleau-tampon* de 20 centimètres de long sur 4 de diamètre.

Avec une compresse ordinaire de 70 centimètres de long sur 40 de large, on arrive à former un rouleau de dimensions convenables.

On passe un fil autour du rouleau pour qu'il conserve sa forme pendant qu'on fait la compression.

Les mesures ci-dessus s'appliquent à une entorse du pied chez un homme adulte. Ces mesures doivent varier suivant les cas.

2° Une bande de toile de 3m,50 de long sur 5 centimètres de large.

3° De l'eau à la température ambiante.

Les indications à remplir sont :

1° Appliquer le *rouleau-tampon* sur le beau milieu de la tumeur ;

2° Serrer fortement avec la bande (appliquée en *spira* chaque fois que la partie le permet) ;

3° Mouiller le bandage, une fois appliqué. (*France médicale*.)

Traitement des tumeurs érectiles par l'eau de Pagliari. Notre dernier numéro contenait la relation d'un cas de mort causée par une injection de perchlorure de fer faite pour tenter la guérison d'un nævus sous cutané ; ce n'est pas, malheureusement, le seul fait de ce genre ; aussi croyons-nous utile de mentionner l'essai qui vient d'être fait avec succès de l'eau hémostatique de Pagliari injectée dans une tumeur érectile. Voici l'observation, telle qu'elle a été publiée par M. Martin Saint-Ange :

Cécile B***, âgée de onze ans, portait sur le sourcil gauche, au point correspondant au trou sus-orbitaire, une tumeur érectile circonscrite, peu dure, et du volume d'une noisette. Cette tumeur existait déjà au moment de la naissance; elle était alors grosse comme un petit pois et s'était rapidement accrue. Sa couleur bleuâtre donnait à la physionomie de l'enfant un aspect étrange. Dans l'espoir d'en obtenir la guérison, j'avais fait construire un compresseur à ressort, qui fut porté pendant près de trois mois. Au bout de ce temps, la tumeur était moins saillante, moins dure ; mais, en revanche, elle s'était élargie, et sa couleur lie de vin alors commençait à défigurer la pauvre enfant. Il fut donc décidé, avec M. le docteur Ad. Richard, parent de la petite fille en question, qu'on opérerait sans plus de délai.

Je proposai à notre très-honoré confrère l'injection, dans la tumeur, d'eau de Pagliari ; eau saturée, comme on le sait, d'alun et de benjoin, et dont l'épreuve était bien connue. Ma proposition fut acceptée, et le 18 juin 1864, assisté de M. Ad. Richard et de l'un de ses internes, je procédai à l'opération de la manière suivante : L'enfant tenue sur le genou d'un aide, la tête fortement assujettie, je pratiquai, avec une aiguille à cataracte droite, une ponction dans le centre de la tumeur. Puis, en tournant le manche de l'instrument entre les doigts, et le dirigeant en différents sens, je labourai le tissu érectile, dans le but de multiplier les points de contact entre le sang et l'eau hémostatique destinée à le coaguler sur place. Ce premier temps de l'opération terminé très-vite, j'injectai dans la tumeur, à l'aide de la seringue de d'Anel, surmontée d'un tube conique, assez d'eau hémostatique pour distendre fortement la tumeur, et lui donner environ le double du volume qu'elle avait avant l'opération. Un petit morceau de papier hémostatique de Pagliari fut ensuite appliqué sur la petite plaie, ce qui compléta l'opération. Le résultat fut :

1° Empâtement œdémateux de la région frontale et des paupières pendant quarante-huit heures environ ;

2° Induration notable de la tumeur, qui persista pendant quinze à vingt jours ;

3° Résolution graduelle de la tumeur et définitive après neuf semaines.

Il y a actuellement trois ans que l'opération a été faite, et, à la grande satisfaction de tous, la petite fille ne porte plus aujourd'hui la moindre trace de son affection.

L'action promptement coagulante de l'eau de Pagliari sur le sang et l'innocuité absolue de ce moyen sur l'économie animale constituent un procédé opératoire d'une grande valeur contre les tumeurs érectiles en général.

Cette eau, sur laquelle M. le professeur Sédillot a, le premier en France, fait des observations intéressantes, se prépare de la façon suivante :

On prend : 250 parties de benjoin, 500 parties de sulfate d'alumine et de potasse, et 5,000 parties d'eau. On fait bouillir pendant six heures dans un pot de terre vernissé, en agitant sans cesse et en remplaçant l'eau évaporée par de l'eau chaude, pour ne pas arrêter l'ébullition. On filtre le liquide et on le conserve en flacons bouchés.

Cette formule a été modifiée par M. Meyer, de Bruxelles, de la façon suivante :

Pr. Benjoin en larmes.	6 gr.
Dissolvez dans	
Alcool à 89 degrés cent.	15 gr.
Alun.	30 gr.
Eau	300 gr.

Mêlez et faites bouillir jusqu'à ce que la liqueur soit devenue claire. Après refroidissement, cette liqueur doit marquer 6 degrés au pèse-sels. (*La Réforme médicale.*)

Injections sous-cutanées de strychnine dans l'amaurose. L'emploi des préparations de noix vomique et de strychnine dans l'amaurose, à l'intérieur ou topiquement, n'est pas nouveau. Il y a déjà longtemps que ce dernier mode d'administration, notamment, a été utilisé soit en frictions sur la peau intacte, soit en pansements sur le derme dénudé, soit au moyen de l'inoculation. Mais il a reçu une grande amélioration depuis l'introduction des injections hypodermiques dans la pratique médicale. Déjà nous avons rapporté (t. LXX) un exemple qui témoigne des bons effets des injections sous-cutanées de strychnine dans les cas d'amaurose qui s'y prêtent, cas qu'il est plus facile de reconnaître maintenant, grâce aux renseignements que fournit l'ophthalmoscope. Voici un autre fait semblable qui mérite de fixer l'attention.

Une jeune fille de vingt-deux ans, bien constituée, régulièrement menstruée, sujette à la migraine, était atteinte depuis quelques mois d'un affaiblissement de la vue ; elle avait, en outre, un strabisme périodique divergent à gauche. Le docteur Spæth, consulté, examina les yeux de cette jeune fille à l'ophthalmoscope et ne trouva rien. Il porta le diagnostic suivant : paralysie fonctionnelle incomplète de la rétine, sans altération organique appréciable. Les émissions sanguines locales, les purgatifs, les pédiluves, etc., furent tour à tour employés sans succès. Enfin, on tenta des injections hypodermiques de strychnine, et au bout de trois semaines la vue était complétement revenue. (*Wurtemb. Corresp. Blatt*, 1865, et *Ann. de Thérap.*, 1867.)

Action des préparations ferrugineuses sur les dents. L'opinion vulgaire qui attribue à l'action directe des préparations de fer sur les dents des conséquences fâcheuses pour ces organes a-t-elle quelque chose de fondé? Bien qu'on voie les dents prendre une coloration noire chez les personnes qui usent de boissons ferrugineuses, coloration que Trousseau et Pidoux expliquent, avec Barruel, par une réaction du tannin contenu dans les boissons et les aliments pris en même temps, il est certain qu'en général, les médecins ne tiennent pas grand compte des idées admises à cet égard par le public.

Le docteur Smith a institué plusieurs expériences dans le but de constater si ces idées ont quelque chose de vrai. Il a mis, pendant plusieurs jours, des dents en contact avec des solutions de différents sels de fer. Au bout d'un certain temps, il s'assura qu'elles avaient pris, dans quelques-unes de ces solutions, une teinte foncée et noirâtre que l'on pouvait ensuite aisément et promptement faire disparaître, tandis que, dans d'autres solutions, elles avaient subi une altération profonde : la substance osseuse s'était ramollie, l'émail était détruit et par le moindre contact il se brisait comme de la chaux.

Il résulte de ces expériences que, si certaines préparations ferrugineuses n'exercent pour ainsi dire aucune action nuisible sur les dents, par contre d'autres les gâtent profondément : au nombre de ces dernières figurent seulement la teinture de muriate de fer, puis le sulfate de fer, et au dernier rang le vin ferré. (*Edinburgh med. Journ.*, et *Ann. de Thérap.*, 1867.)

Emploi du calomel dans les ophthalmies. Le calomel est employé de temps immémorial dans les affections de la cornée ; mais notre collaborateur, M. le docteur Giraud-Teulon, apporte dans l'emploi et le *modus faciendi* de ce collyre sec de telles modifications qu'elles peuvent être le secret des effets et des succès

remarquables qu'il en obtient. Au lieu d'additionner le calomel de sucre, comme on le fait ordinairement, il l'emploie seul, réduit en poudre impalpable, à la dose d'une piocée, qu'il projette une seule fois par jour entre les paupières à l'aide d'un petit pinceau qu'un coup sec sur le doigt met en vibration. Il y a loin de là à l'insufflation. Aussi, au lieu d'en observer les effets irritants, substitutifs, signalés par tous les auteurs, notre confrère le trouve altérant, cicatrisant, dans toutes les formes multiples de l'ophthalmie scrofuleuse, les kératites superficielles, primitives ou consécutives, vésiculeuses, ulcéreuses, etc. Dans les cas de photophobie intense, il ajoute une application de teinture d'iode pure sur le front, et, à l'aide des adjuvants internes ordinaires, il a vu céder ce symptôme opiniâtre, même chez les enfants les plus susceptibles, dans l'espace d'une semaine. (*Ann. d'Oculistique* et *Ann. de Thérap.*, 1867.)

De la teinture d'iode dans le traitement de la vaginite. Un nouveau journal, auquel nous souhaitons prospérité, la *Gazette médico-chirurgicale de Toulouse*, publié par M. Labéda, contient plusieurs observations de vaginite guérie assez rapidement par le badigeonnage avec la teinture d'iode. Cinq ou six applications du médicament répétées tous les deux jours ont suffi pour amener la guérison. Mais il faut être prévenu, comme le fait remarquer l'auteur de ces observations, M. Bonneau, interne des hôpitaux, que ce traitement n'agit efficacement que si les accidents inflammatoires de la vaginite ont disparu, et qu'il ne s'agit plus que de modifier la sécrétion morbide le plus rapidement possible. C'est ce qui distingue cette médication de celle dite abortive, la cautérisation avec le nitrate d'argent. (*Gazette médico-chirurgicale de Toulouse.*)

Traitement du cancer par les injections. Nous avons déjà signalé les essais tentés par MM. Thiersch et Nussbaum. Ce dernier auteur, encouragé par un succès dans un cas où un cancer de la région mastoïdienne avait disparu après l'emploi d'injections de nitrate d'argent, a répété ses expériences sur une assez large échelle, puisqu'il peut donner les résultats de quinze observations. M. Nussbaum a essayé tour à tour, et quelquefois sur le même malade, les injections de nitrate d'argent et de chlorure de sodium, de pepsine, enfin d'acide acétique.

Les solutions de nitrate d'argent doivent être composées d'une partie de nitrate d'argent pour 2000 d'eau, celles de chlorure de sodium d'une partie pour 1000 d'eau. La pepsine était préparée par le grattage, suivant le procédé indiqué par Thiersch, et qui a été reproduit dans la *Gazette hebdomadaire* (nº 16, 1867) ; enfin, les injections d'acide acétique étaient faites avec une solution contenant une partie d'acide concentré pour trois parties d'eau.

Il est important d'employer, surtout pour le nitrate d'argent, la solution indiquée, autrement on s'exposerait à ne pas obtenir une imbibition complète des tissus. Avec une solution au centième, on n'obtiendrait nullement le but que s'est proposé Thiersch. Les injections doivent se faire en divers points de la tumeur, que l'on doit chercher à saturer, pour ainsi dire, de la solution. En outre, on peut employer la solution pour imbiber le pansement qui recouvre la tumeur. Les injections étaient faites avec une scringue de verre et d'argent, de la contenance de 7 grammes environ et munie d'une longue canule. Il est important de faire des ponctions dans tous les sens et dans la profondeur. La quantité de liquide employé a varié suivant les cas. Ainsi, tantôt on n'injectait que 7 grammes ; mais, dans d'autres cas, on injecta jusqu'à 38 grammes de la solution de nitrate d'argent.

L'injection de chlorure de sodium doit suivre immédiatement l'injection de nitrate d'argent La proportion des deux solutions ne nous a pas paru rigoureusement fixée ; mais, en général, on injectait environ moitié moins de la solution de chlorure de sodium, et souvent même trois fois moins.

Quant à la pepsine, la quantité par injection a été d'environ 7 grammes.

Les effets immédiats produits par ces diverses injections sont toujours assez graves, et la douleur est assez vive pour que l'on ait eu souvent recours au chloroforme. Avec l'acide acétique ou la pepsine, M. Nussbaum a vu survenir souvent des lipothymies et même la syncope ; aussi s'est-il surtout attaché à l'emploi du nitrate d'argent et du chlorure de sodium, qui ne produisent pas des effets aussi graves. Après les injections, il survient souvent des frissons, de la fièvre, et quelquefois la réaction a été si considérable

qu'il a fallu renoncer au traitement. Localement, il se produit de l'œdème, un gonflement inflammatoire et souvent la suppuration et la gangrène. Ces derniers effets ont certainement une large part dans les résultats les plus décisifs qui ont été obtenus, mais ce n'est pas eux que l'on recherche. En effet, Thiersch a surtout en vue d'obtenir un trouble dans la nutrition des éléments amenant leur disparition, mais non une gangrène étendue des tissus, comme la produisent les caustiques.

Le premier résultat des injections de nitrate d'argent et de chlorure de sodium est la disparition de l'odeur fétide des tumeurs cancéreuses ulcérées, qui peut reparaître quelque temps après une seule injection, mais disparaît définitivement si l'on répète l'opération. Dans les cas heureux, une suppuration de bonne nature s'établit, les ulcérations bourgeonnent et la cicatrisation s'opère.

Maintenant, il faut examiner les résultats obtenus.

Sur les 15 observations, nous voyons que dans 4 cas le traitement a complètement échoué: il s'agissait d'un cancer du sein, d'un cancer de la parotide, d'un cancer du rectum, d'une tumeur glandulaire du cou. Dans 2 de ces cas, les malades sont morts dans le marasme. Dans le dernier, où l'on avait fait des injections de pepsine, il se produisit une syncope, de la cyanose et l'on dut renoncer au traitement.

Dans 6 cas, il y eut une amélioration notable; mais ou bien le traitement ne fut pas suivi complètement, ou bien il se fit des récidives, ou les malades se refusèrent à la continuation des injections.

Il reste 4 cas, que M. Nussbaum considère comme de véritables succès.

Mais, en les analysant, nous devons reconnaître que, dans un cas, où il s'agissait d'une tumeur cancéreuse de la glande parotide et où l'on fit une injection de 7 grammes de pepsine, il y eut guérison apparente, mais récidive de la tumeur dans la bouche.

Dans un autre cas, un cancer du sein parut guérir à la suite d'injections de nitrate d'argent et de sel, mais il y eut récidive. Dans le troisième cas de succès, il s'agissait d'une glande du volume d'un gros œuf siégeant dans l'aisselle, chez un homme de vingt-neuf ans; mais il ne nous semble pas démontré qu'il y ait eu là une tumeur cancéreuse.

Le quatrième cas de succès est beaucoup plus remarquable. En effet, des injections répétées amenèrent la cicatrisation presque complète d'un énorme cancer du sein ulcéré, qui avait envahi les côtes sous-jacentes et les espaces intercostaux. On employa le nitrate d'argent et le sel marin; il y eut des abcès nombreux, et des portions de la tumeur furent sphacélées et éliminées. Ce fait est de tous l'exemple le plus remarquable.

Ainsi que le fait observer M. Nussbaum, c'est surtout lorsqu'il y a eu des abcès, de la gangrène, que la guérison, au moins momentanée, est survenue. De sorte que le nitrate d'argent agirait plutôt dans ces cas comme caustique. Comme conclusion définitive, l'auteur n'a pas la prétention d'avoir découvert un spécifique contre le cancer, mais il pense que la méthode des injections par le nitrate d'argent et le sel doit prendre place à côté de la cautérisation en flèche, et qu'elle est applicable dans des cas où l'on n'oserait pas employer les flèches, comme, par exemple, lorsque les parois thoraciques sont profondément atteintes. Quant à la pepsine et à l'acide acétique, M. Nussbaum croit devoir en restreindre l'emploi à cause de la douleur, de la syncope même et de la réaction trop vive qui accompagnent ou suivent les injections.

On voit que si l'examen des faits ne justifie pas les espérances trop vives qu'on avait pu concevoir sur le succès radical des injections de nitrate d'argent dans les tumeurs cancéreuses, on doit reconnaître que cette méthode amène souvent une amélioration très-évidente, qui autorise des recherches dans une voie nouvelle; et peut-être sera-t-il possible d'apporter dans le mode opératoire des modifications qui permettront une imbibition véritable et complète de la tumeur dans toutes ses parties. Mais, quant à présent, on ne peut admettre comme obtenu le but que se propose M. Thiersch, c'est-à-dire modifier la nutrition des éléments de la tumeur et en déterminer ainsi la disparition. (*Aerztliches Intelligenz-Blatt* et *Gazette hebdomadaire.*)

Emploi thérapeutique du bromure de potassium contre l'épilepsie. Le bromure de potassium est employé avec succès, par M. Namias, dans sa clinique, contre l'épilepsie. Il en a fait l'application de la manière la plus étendue, et a vu les accès disparaître, ou devenir moins forts et moins fréquents qu'auparavant.

Il ne faut pas dire que l'épilepsie a quelquefois sa source dans des lésions matérielles inguérissables. Il peut arriver que les mêmes lésions existent et que les accès manquent, de sorte qu'on doit admettre l'intervention d'un autre élément inconnu, duquel dépend l'apparition ou la disparition de l'épilepsie.

Le bromure doit être continué longtemps; d'abord à la dose de 1 gramme dissous dans l'eau, et administré en trois fois dans une journée, et on élève graduellement la dose jusqu'à plusieurs grammes en vingt-quatre heures. Quand on cesse de l'administrer, l'élimination de ce sel par les urines continue plus longtemps qu'on ne pourrait le soupçonner d'après l'analogie avec l'iodure de potassium.

M. le docteur Namias traite au grand hôpital de Venise un épileptique, pour lequel il est arrivé à la dose de 14 grammes par jour de bromure de potassium. Il a fallu arrêter, parce que le malade était faible, ne pouvait plus marcher, délirait, et l'on soupçonne que le remède pouvait avoir quelque part dans la production de ces phénomènes. Quittant le bromure pour quatorze jours, on constata la présence dans les urines au moyen de l'amidon ou du chloroforme, qui devenaient jaunes par l'action du chlore. Les accès épileptiques sont devenus fréquents et plus forts, et on dut faire reprendre le bromure. (*Académie des sciences.*)

VARIÉTÉS.

Nous reproduisons ici un fragment du traité d'hygiène que notre distingué collaborateur M. Fonssagrives vient de publier à la librairie Victor Masson. C'est une partie du chapitre qui a pour titre : *Les aliments discutés*.

LE CAFÉ.

« Singulières vicissitudes, que celles de ce produit, qui après avoir subi l'anathème des gens d'esprit, les sarcasmes des médecins, les calomnies du vulgaire, s'est malgré cela, ou à cause de cela, si bien introduit dans nos mœurs qu'en 1862 il figurait dans le cadre de nos importations pour le chiffre véritablement effrayant de 51,492,485 kilogrammes !

« L'Angleterre, la Hollande, les États-Unis, où le thé est en vigueur, ne consomment que des quantités relativement médiocres de café. En France, au contraire, où l'on boit très-peu de thé, on use du café sur une grande échelle, et il semble que nous cherchions à justifier, par cette large consommation de la boisson intellectuelle par excellence, cette sorte de suprématie de l'esprit que l'Europe nous accorde, et dont nous jouissons avec une satisfaction béate, qui pourra bien, si nous n'y prenons garde, avoir son réveil. Quoi qu'il en soit, il est curieux de voir le thé et le café se suppléer ainsi. Il est un petit peuple, laborieux et sagement libéral (deux bonnes qualités), qui se signale à la fois par la plus grande consommation individuelle de tabac, de thé et de café : c'est le peuple belge. Que les moralistes trouvent, s'ils le peuvent, le rapport qui existe entre ces qualités et ces défauts; il nous suffit que le fait soit constaté. La chimie, qui perce bien des secrets, mais qui voudrait trop les pénétrer tous, a jeté

un nouveau jour sur la parenté remarquable du thé et du café, en montrant que ces deux stimulants du système nerveux renferment un même alcaloïde sous deux noms différents : la théine et la caféine. C'est, en effet, le même principe avec les mêmes qualités physiques, la même composition élémentaire. Il ne faudrait pas en conclure que le thé et le café ont une même action. A cet alcaloïde sont, en effet, associés, dans ces deux substances, des principes différents, et qui en font des agents rapprochés sans doute, mais parfaitement distincts. »

Les espèces commerciales du café sont nombreuses. M. Fonssagrives les classe dans l'ordre suivant : moka, bourbon, martinique, java ; et il ajoute que ce sont là les espèces les plus *usuelles*. Nous ne sommes pas de cet avis, en ce qui concerne le moka. Bien des poëtes sans doute ont chanté la fève de l'Yémen, mais plutôt sur paroles que pour en avoir savouré l'arome. Il est bien certain que la fève de l'Yémen qui se vend sur le marché de Moka est presque entièrement consommée en Arabie, en Syrie et en Égypte.

« Avant d'arriver aux ports d'Alexandrie, de Jaffa ou de Beyrouth, d'où elles sont expédiées plus loin, les balles de moka, dit M. Palgrave, ont été examinées grain à grain, et des doigts expérimentés en ont retiré soigneusement tout ce qu'elles renfermaient de fèves à demi transparentes et d'un brun verdâtre, les seules qui donnent une liqueur véritablement saine et agréable. Ce système est si régulièrement appliqué qu'un observateur attentif remarquerait sans peine les altérations continues du café, depuis son point de départ jusqu'à son arrivée en Europe. Même dans l'Arabie, la qualité est fort différente selon qu'on s'éloigne ou qu'on se rapproche de l'Yémen. »

Il est arrivé nombre de fois à M. Palgrave d'être témoin oculaire du triage auquel la fève arabe est soumise, et ce savant affirme que l'on procède à cette opération avec l'attention scrupuleuse des chercheurs de diamants, quand ils examinent les sables qui renferment ces précieuses pierres. M. Palgrave conclut que, à Constantinople même il arrive bien peu de vrai café de l'Yémen, et que le moka qui s'expédie en Europe ou en Amérique ressemble au véritable produit de ce nom comme une infusion de bois de campêche ressemble au véritable vin de Porto.

Il y a aussi des cafés d'Abyssinie après lesquels viennent ceux de Bourbon, de la Martinique, d'Haïti, de Java, etc.

La préparation du café est toute une étude. Selon M. Liebig, il faudrait, pour arriver à un résultat convenable, que les grains de café fussent triés un à un, à la main comme en Arabie, afin de faire disparaître toutes les matières étrangères qui pourraient rendre mauvais le résultat de la préparation. Il faut avoir soin de faire subir au café un lavage qui a pour but de reconnaître les grains colorés artificiellement. Après cette opération, le café doit être séché dans un linge chaud.

La torréfaction constitue une des opérations préliminaires les plus importantes, puisqu'elle gonfle le tissu de la fève, le caramélise, étale sur de plus larges surfaces les huiles volatiles et fixes qu'il renferme, produit certaines substances pyrogénées et peut, si elle est mal conduite, préjudicier à la saveur du café et à ses qualités alimentaires. M. Payen a démontré en effet que 100 grammes de café roux fournissent 25 grammes d'extrait, tandis que le café marron n'en donne que 19 et le café brun seulement 16.

En Arabie l'instinct supplée aux théories savantes dans la manière de préparer le café, et M. Palgrave raconte comment s'y prenait, à Djowef, un esclave noir, appelé Soweyline.

« Il allume le charbon, met au feu une colossale oafetière remplie aux trois quarts d'une eau limpide, puis il prend trois ou quatre poignées de café qu'il épluche soigneusement; après quoi il verse les fèves, dégagées ainsi de toute substance étrangère, dans une large cuiller de métal. Il les expose à la chaleur et les agite doucement jusqu'à ce qu'elles rougissent, craquent et fument un peu; mais il se garde de les faire brûler et noircir, comme on le fait en Europe. Il les laisse ensuite refroidir un moment, puis les pile dans un mortier de pierre; en quelques minutes les fèves sont broyées et prennent l'apparence d'un grès rougeâtre, bien différent de la poussière charbonneuse qui passe chez nous pour du café et dans laquello il ne reste plus ni arome ni saveur : après ces diverses opérations, Soweyline preud une seconde cafetière, l'emplit à moitié d'eau bouillante, y verse le café et pose le tout sur le feu, ayant soin d'agiter de temps en temps le liquide, pour empêcher que l'ébullition ne le fasse répandre. L'esclave passe la liqueur à travers un filtre et dispose les tasses... »

Rien n'est plus délicat que la torréfaction du café, si ce n'est la préparation de son infusé; aussi la classique et utile Dubelloy tend-elle, sur beaucoup de tables, à être rempla.ée par ces appareils élégants qui réunissent sur le même support et le récipient où l'eau entre en ébullition et celui où elle agit sur la poudre de café. Los gourmets, à l'exemple de Delille, ne permettent pas que la cuisine usurpe sur eux *ce soin délicieux*, et ils s'en trouvent généralement bien. Le café est, en effet, un de ces aliments qui ne souffrent ni la médiocrité de la qualité, ni celle de la préparation, et il n'y a pas de milieu entre un breuvage suave et distiogué à la fois, et cette boisson noirâtre, d'une saveur d'empyreume et de marc, de laquelle Brillat-Savarin a dit, dans un élan de verve et d'indignation gastronomiques, qu'un tel breuvage était bon tout au plus « à gratter le gosier d'un cosaque. »

M. Liebig, qui, selon M. Grandeau, doit être oonsulté pour tout ce qui concerne le café, a proposé pour la préparation de cette liqueur un mode qui participe à la fois de l'infusion et de la coction.

On prend les proportions d'eau et de café qu'on a coutume d'employer, proportions variant avec les goûts du consommateur. Un vase pouvant contenir 15 grammes de café brut, rempli de café torréfié, donne deux tasses de café de force moyenne. Il ne faut moudre les grains qu'au moment de les employer; de la poudre grossière est préférable à de la poudre trop fine; d'ailleurs le mode de pulvérisation du café importe peu. On ajoute l'eau aux trois quarts du café que l'on veut employer, on porte le mélange à l'ébullition, puis on laisse cuire pendant dix minutes; après ce temps, on ajoute le dernier quart du café, et l'on retire immédiatement le mélange du feu; on couvre et on laisse reposer pendant oinq à six minutes. Le café est prêt à être bu. Si l'on veut enlever la petite quantité de poudre restée en suspension, on passe rapidement le liquide au travers d'un linge, mais en général cela est inutile.

« N'achetez jamais votre café en poudre, dit M. Fonssagrives; il est peu de substances que la sophistication, cette Locuste éhontée, n'ait tourmentées avec plus d'impudeur. Qu'on en juge plutôt : des grains altérés par un excès d'humidité et ayant subi, par l'augmentation du poids et la perte de l'arome, une double cause de dépréciation; du café artificiel préparé de toutes pièces avec de l'argile habilement colorée; des grains torréfiés fabriqués avec un mélange de farines de maïs, de seigle, d'orge, et quelques centièmes de vrai café torréfié, pétris ensemble, moulés et séchés; du café torréfié et moulu, dans lequel, indépendamment de la chicorée, ont été retrouvés de la sciure d'acajou, du ci-

nabre, du foie de cheval séché et pulvérisé, de l'ocre rouge, etc., etc.; telles sont les adultérations possibles de cette précieuse graine. »

Formuler maintenant d'un seul bloc un jugement sur l'utilité ou le danger d'un aliment, sans acception des cas où l'on en fait usage, c'est tout simplement tomber dans l'absurde. Il est des personnes auxquelles le café convient manifestement; il en est (et c'est le plus grand nombre) auxquelles il ne fait ni bien ni mal; il en est (et c'est l'exception) qui, maigres, nerveuses, irritables, doivent s'en abstenir. La question de climat doit entrer en ligne de compte : le café fournit, en effet, à la vie créole un instrument très-opportun de résistance à l'action débilitante de la chaleur, et l'on sait tout le parti qu'en tire l'hygiène de nos soldats, depuis que l'usage de cette boisson est devenu réglementaire en Algérie.

Le café est-il un aliment, c'est-à-dire contribue-t-il directement à réparer les pertes de l'économie? Ou bien, comme on l'a prétendu, se borne-t-il à rendre moins actif le mouvement de destruction de nos tissus, et, par suite, moins énergique le besoin de réparation alimentaire? La discussion est ouverte, et ne sera probablement pas close de longtemps. On peut, en attendant, s'en tenir à la sensation non équivoque de restauration des forces et d'apaisement de l'appétit qui suit l'ingestion du café, et en conclure à ses propriétés alibiles. La richesse de la caféine en azote est une présomption chimique en leur faveur.

En somme, le café, *pris sans excès*, est une boisson agréable, qui stimule doucement le cerveau, active la digestion stomacale, ranime la contractilité de l'intestin, et répare incontestablement les forces. Mais ce *poison lent* de Fontenelle ne saurait plus être considéré comme inoffensif quand on en abuse. C'est toujours la même question de *mesure*.

Le café au lait est devenu, depuis un certain nombre d'années, le point de mire des incriminations adressées à ce précieux aliment, et on lui a fait un procès, très-juste, selon M. Fonssagrives. Dernièrement encore des expériences grossières, desquelles il résulte que le café empêche la coagulation du lait, ont été le signal de la reprise des hostilités. Si l'on veut parler du café des portiers de Paris, c'est-à-dire de ce liquide louche préparé avec du café suspect, mélangé de chicorée plus suspecte, étendu de lait équivoque, nul doute qu'un litre de cette boisson ne constitue un déjeuner très-reprochable au point de vue de l'hygiène; mais une petite tasse d'un café au lait dont les deux facteurs sont excellents ne saurait avoir que les qualités d'un aliment bon, savoureux et très-suffisamment réparateur.

Cette opinion de M. Fonssagrives est également celle de M. Trousseau.

« Que les dégustateurs de café, dit le premier de ces professeurs, se rassurent donc, mais qu'ils ne s'endorment pas, et qu'ils veillent attentivement à la bonne qualité de leur aliment favori. Qu'ils veillent surtout à ne pas en abuser, et à ne pas se créer une servitude telle qu'ils ne puissent s'abstenir de café, à l'occasion, sans voir leur pensée languir ou sans tomber sous les étreintes maussades de la migraine. Voltaire, qui prenait beaucoup de café, avait eu le bon esprit de s'en tenir à une infusion très-légère ; ainsi doivent faire les hommes de travail, qui tiennent plus à la profondeur et à la sûreté de leurs conceptions qu'à une fécondité intellectuelle maladive. »

L'Académie des sciences a nommé M. Nélaton membre titulaire de la section de médecine et de chirurgie.

Le lendemain du jour de son élection, M. Nélaton a reçu à Saint-Cloud, des mains du Prince Impérial, les insignes de grand-officier de la Légion d'honneur.

M. le docteur Jules Cloquet vient d'être nommé baron.

École préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — M. Sentex, docteur en médecine, est nommé chef des travaux anatomiques à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux, en remplacement de M. Lanelongue, appelé à d'autres fonctions.

École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon. — M. Gautrelet, docteur en médecine, est nommé chef des travaux anatomiques à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, en remplacement de M. Tarnier, appelé à d'autres fonctions.

École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse. — M. Desbarreaux-Bernard, professeur de clinique interne à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse, démissionnaire pour raison de santé, est nommé professeur honoraire de ladite école.

M. Noguès, professeur adjoint de clinique interne à ladite école, est nommé professeur titulaire de cette chaire, en remplacement de M. Desbarreaux-Bernard.

M. Guittard, suppléant pour les chaires de médecine proprement dite à ladite école, est nommé professeur adjoint de clinique interne, en remplacement de M. Noguès.

M. Bonnemaison, docteur en médecine, est nommé suppléant pour les chaires de médecine proprement dite à ladite école, en remplacement de M. Guittard.

Lycée impérial de Sens. — M. le docteur Moreau, médecin adjoint du lycée impérial de Sens, est nommé médecin audit lycée, en remplacement de M. le docteur Brouard, décédé.

M. le docteur Rolland est nommé médecin adjoint du lycée impérial de Sens, en remplacement de M. le docteur Moreau.

Le zèle scientifique bien connu du corps médical de Bordeaux vient de s'accuser de nouveau par un fait qui est en même temps de bon augure pour l'avenir du Congrès médical international. On sait d'ailleurs que le chef-lieu de la Gironde est pour ainsi dire le berceau des congrès. Le comité de Bordeaux vient de fonder un prix consistant en une médaille d'or de la valeur de 600 francs, pour le meilleur travail présenté au congrès sur l'une quelconque des questions du programme. Ce prix sera décerné par le comité de Paris auquel seront adjoints le secrétaire général du congrès de Bordeaux, M. Dubreuilh, et les membres du comité de cette ville.

Au moment où nous mettons sous presse, nous apprenons une bien triste nouvelle. M. Civiale vient d'être enlevé, en quelques jours, par une maladie que rien ne pouvait faire prévoir, tant étaient grandes encore son énergie et son activité habituelles.

M. Civiale était une des gloires de la chirurgie française. C'est lui qui pratiqua la première opération de lithotritie, et depuis cette époque il n'a cessé de vulgariser sa découverte par de nombreux écrits et un enseignement clinique connu, on peut le dire, du monde entier. Il avait acquis dans le cours de sa longue pratique une belle fortune dont il a su faire un noble usage : il a créé un service de calculeux à l'hôpital Necker, et sa dernière préoccupation a été la fondation d'un musée à ce même hôpital. Il a eu la satisfaction de le voir terminé avant sa mort.

M. Civiale a été depuis la naissance du *Bulletin de Thérapeutique* un de ses collaborateurs les plus dévoués, et ce numéro contient sa dernière communication à l'Institut, qui résume sa longue et laborieuse carrière.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Thérapeutique du spasme de la glotte [1];

Par M. le docteur Bouchut, médecin de l'hôpital des Enfants, agrégé de la Faculté de médecine.

Ce qu'on appelle *spasme de la glotte* ou *phréno-glottisme* chez les enfants n'est autre chose que la maladie jadis appelée *asthme de Kopp*, *asthme de Millar*, *asthme thymique*, *goître des nouveau-nés*, *croup cérébral*, d'après les noms de ceux qui en font une description remarquable, ou d'après la nature présumée du mal.

Ici, la question de nature est de la plus haute importance, puisque l'opinion qu'on se fait des causes du spasme de la glotte conduit le médecin aux médications les plus opposées. Si, avec Kopp, Frédéric de Betz et beaucoup d'autres, on attribue à l'hypertrophie du thymus l'asthme infantile, et qu'on fasse de cette maladie un goître des nouveau-nés, ce qui n'est pas exact, on se trouve conduit à employer les frictions iodurées, les sachets d'éponge brûlée ou les sachets iodés sur le cou, et à l'intérieur l'iode ou l'iodure de potassium, médications aujourd'hui reconnues inutiles et dangereuses, puisqu'elles font perdre un temps précieux aux malades.

Il en est de même de l'opinion qui attribue au ramollissement rachitique de l'occiput les accidents du phréno-glottisme. Elle impose aux médecins la pratique des moyens usités contre le rachitisme, et c'est encore là du temps perdu pour la guérison.

Il faut donc avant tout s'entendre sur la nature des causes qui engendrent le spasme de la glotte, et puisqu'il se présente aujourd'hui dans mon service un nouvel exemple de cette maladie que vous pouvez rapprocher de celui que vous avez vu il y a quinze jours, je vais en faire l'objet de cette leçon. J'y ajouterai même ceux qui se sont présentés il y a deux ans et à l'occasion desquels il a été fait une thèse par M. Boudard, et à Florence un article par M. le docteur Buonamici. Quatre faits récents d'une maladie assez rare sont bien suffisants pour me permettre la dissertation nosologique et thérapeutique que vous êtes venus entendre.

Voici le premier de ces faits repris dans la thèse de M. Boudard :

Obs. Ire. — *Spasme de la glotte.* — Au mois de mai 1863, s'est présentée à M. Bouchut une femme dont le fils, un garçon âgé de neuf mois, nourri par sa mère, n'ayant pas encore de dents, est malade depuis le mois de janvier. Il se réveille la nuit, et a de

[1] Lecture faite à la Société de Thérapeutique.

petits accès qui reviennent le jour sept ou huit fois. Ayant vu dans ce fait un cas intéressant, M. Bouchut engagea cette dame a amener son enfant à l'hôpital, et c'est là que nous avons pu le voir et être témoin de quelques-uns de ses accès. Les parents du petit malade, fort intelligents d'ailleurs, et d'une bonne santé habituelle, rendent parfaitement compte de ce qui lui arrive.

Le 11 mai. La tête de cet enfant est volumineuse, un peu déformée; le diamètre occipito-frontal droit est plus grand de 3 à 4 centimètres que le gauche; à la racine du nez se trouvent des veines apparentes, qui gonflent pendant les accès, comme un peloton variqueux de la grosseur d'un haricot.

L'incurvation lombaire est assez développée : cependant les membres sont bien conformés, ne sont ni tordus, ni douloureux; on ne remarque nulle nouûre rachitique. Sa poitrine est assez large, un peu déformée latéralement, et l'on peut constater le chapelet rachitique. La fontanelle antérieure n'est pas réunie; elle ne présente pas de bruit de souffle; les os du crâne ne sont nullement ramollis.

Sept ou huit fois par jour, et surtout la nuit, l'enfant est pris d'accès de suffocation qui durent de cinquante à soixante et quelques secondes; il cesse de respirer, et devient bleu; au bout de quelques secondes, la tête se renverse en arrière, la langue se présente à l'orifice de la bouche et devient noire. En ce moment on peut remarquer de la contracture dans les extrémités, et tout se termine par une espèce de petit hoquet spasmodique aigu. Puis l'enfant pâlit et reprend sa connaissance. Pendant deux heures après ces accès, il reste agité et tremblant; d'ailleurs il tette bien, va bien à la garde-robe, et n'est pas autrement malade.

Prescription.

Musc	0gr,20
Potion gommeuse	80 grammes.

Une cuillerée à dessert toutes les heures.

Phosphate de chaux	30 grammes.

Une pincée par jour.

Le 18. Cette semaine, les accès ont diminué de fréquence : au lieu de sept ou huit fois par jour, il n'en a plus eu qu'un seul le mardi, le mercredi, le jeudi et le vendredi. Il n'y en pas eu pendant la nuit. Le samedi et le dimanche, il n'y a pas eu d'accès, ce qui ne s'était pas vu depuis trois mois. Le jour où il a eu ces accès, leur intensité a été la même. Même prescription.

Le 1er juin. Voilà quinze jours que les accès ont complétement disparu. On supprime la potion musquée; il reste encore du catarrhe; la respiration est très-gênée : il y a des râles muqueux des deux côtés de la poitrine; l'appétit est bon, mais depuis trois jours il est survenu un peu de diarrhée.

Sous-nitrate de bismuth	3 grammes par jour.
Huile de foie de morue	50 —
Sirop de quina	50 —

Une cuillerée à dessert matin et soir.

Le 17 juin. L'enfant, qui avait cessé le musc, est resté trois semaines sans avoir aucune espèce d'attaque de spasme glottique, n'ayant autre chose que des étouffements, que l'on attribue à l'huile de foie de morue. Depuis quatre jours le spasme de la glotte a reparu. Il y en a un ou deux accès par jour, et ces accès sont aussi forts, mais d'une durée moindre, que les précédents.

On reprend l'usage du musc.

Le 9 juillet. Pendant deux jours encore l'enfant a eu de nouveaux accès de spasme, puis ils ont cessé tout à fait. Voilà trois semaines qu'aucune attaque convulsive nouvelle n'a paru : on a supprimé le musc, et trois semaines après la guérison s'était maintenue.

Obs. II. — *Spasme de la glotte. Varioloïde. Rougeole. Abcès du cuir chevelu. Fièvre typhoïde.* — Caillet (Octave), trois ans et demi. Entré le 20 février 1865 ; sorti le 29 octobre 1865.

Cet enfant, qui a eu des convulsions à l'âge d'un an, a été repris, au mois de janvier 1865, d'accidents convulsifs phréno-glottiques assez fréquents ; puis il a cessé de pouvoir marcher. Il n'a pas de vomissements ; il va à la garde-robe et mange très-peu. Il n'a pas de fièvre.

Les convulsions phréno-glottiques ont eu lieu dans les premiers jours de janvier, sans maladie autre ou consécutive. Après s'être montrées deux fois dans la même journée, elles ont mis huit ou dix jours sans reparaître ; puis elles ont recommencé au bout de huit jours et sont revenues très-fréquemment, à des intervalles peu réguliers.

Ces convulsions sont caractérisées comme il suit :

Tout à coup, après une petite contrariété, ou lorsque l'enfant vient de boire, et sans qu'il y ait dysphagie ou régurgitation, la respiration s'embarrasse, devient un peu hoqueteuse, sifflante, comme si un hoquet terminait chaque inspiration. La face bleuit et la tête se renverse en arrière ; les membres se roidissent, mais il n'y a pas de perte de connaissance. Il y a seulement une angoisse causée par une véritable menace de suffocation, laquelle dure une minute au plus, et se termine par un hoquet bruyant un peu plus fort que les autres.

Dans l'intervalle de ces crises, l'enfant respire facilement, ne tousse pas, ne présente aucune modification des bruits respiratoires, et n'a aucune tumeur du cou apposée au larynx.

Si on lève l'enfant et qu'on veuille le faire marcher, cela est impossible, car il se tient à peine debout, il ne peut porter les jambes en avant, tombe, et en même temps offre une roideur momentanée de la colonne vertébrale, avec renversement tétanique de la tête en arrière. Avec cette paraplégie incomplète, il n'y a aucun trouble de la motilité des membres supérieurs. Aucune modification de la sensibilité ni des organes des sens.

L'enfant ne mange guère, ne vomit pas, n'a pas de fièvre. — Musc, 30 centigrammes.

Le 1er mars. Chaque jour il y a de deux à quatre accès de spasme, venant ordinairement la nuit.

Hier, il y en a eu trois dans la journée et une la nuit.

L'attaque vient subitement et s'annonce par de la rougeur du visage, avec fixité des yeux, renversement de la tête en arrière ; il semble perdre la puissance de respirer.

Le corps et les bras sont roides, sans convulsion ; puis au bout de quelques secondes, cela se termine par une sorte de petits hoquets bruyants. — Musc, 40 centigrammes.

Le 3 mars. Trois accès de spasme extrêmement faibles.

Le 4 mars. Hier il a eu deux accès très-petits. — Musc, 40 centigrammes.

Le 7 mars. Deux ou trois spasmes dans la journée ; mais malgré cela l'enfant ne peut marcher.

Le 11 mars. L'enfant n'a pas eu de spasmes, mais a été pris à deux fois de frayeurs excessives, pendant lesquelles il voulait qu'on le prît et l'enlevât de son lit.

Le 14 mars. Les spasmes de la glotte sont beaucoup moins forts et beaucoup moins fréquents ; mais depuis trois jours l'enfant a des frayeurs caractérisées par des cris et des pleurs qui se calment dès qu'on est auprès de lui. L'enfant n'a pas de fièvre, ne marche pas et ne peut se tenir debout. Pas d'appétit ; pas de diarrhée. — Musc, 40 centigrammes.

Le 24. Les spasmes de la glotte ont presque disparu ; mais l'enfant ne peut toujours se tenir debout ni marcher. Il tousse un peu, et il a dans les deux poumons, en arrière, du râle crépitant disséminé ; pouls 104.

Le 26 avril. Depuis longtemps l'enfant n'a pas eu de spasme de la glotte ; mais il reste à demi paralysé des membres inférieurs et ne sort pas du lit.

Depuis hier, il s'est fait un gonflement douloureux, sans œdème et sans changement de couleur à la peau, au niveau de la région parotidienne ; pouls 112.

Le 27. Le gonflement de la parotide gauche existe au même degré, et la parotide droite est aujourd'hui enflée. Ce sont des *oreillons*.

Le 1er mai. Le gonflement parotidien a diminué et presque disparu ; mais depuis deux jours l'enfant reprend des spasmes de la glotte. Bon appétit ; peau chaude ; pouls, 92.

Du 1er mai au 1er août, cet enfant a eu successivement la rougeole et la varioloïde ; mais les spasmes de la glotte avaient entièrement cessé.

A ce moment j'ai quitté le service de la salle Saint-Jean pour prendre celui de la salle Sainte-Catherine, et l'enfant a cessé d'être sous ma direction.

Alors l'enfant marchait un peu seul et ses membres inférieurs étaient un peu roides.

Après mon départ, il a eu, au mois de septembre, une fièvre typhoïde légère dont il a bien guéri, et il est sorti, le 29 octobre 1865, sans avoir offert de nouveaux accès de spasme de la glotte.

Réflexions. — Chez cet enfant, qui a subi l'influence nosocomiale de la manière la plus fâcheuse et la plus heureuse à la fois, puisqu'il a guéri de ses oreillons, d'une varioloïde, d'une rougeole et d'une fièvre typhoïde contractées dans les salles, le spasme de la glotte a eu une marche très-singulière et exceptionnelle.

Chez lui, pas d'hypertrophie du thymus ni de rachitisme occipital ; mais il y avait ce qu'on ne rencontre pas habituellement : une myélite chronique donnant lieu à une paraplégie incomplète.

Cette complication, dont nous devions tenir le plus grand compte, nous a paru d'autant plus digne d'intérêt que c'est la première fois qu'on la signale. N'est-ce qu'une coïncidence, ou, au contraire, serait-elle la cause du spasme de la glotte ? C'est ce qu'il est difficile de dire ; mais, dans ma pensée, ce n'est qu'une coïncidence ; et la preuve, c'est que le spasme a guéri sous l'influence du musc avant que guérisse la myélite.

Obs. III. — *Spasme de la glotte. Musc. Guérison.* — Victor Bizon, quinze mois ; six dents ; entré le 15 février 1867 à l'hôpital ; n'a jamais marché ; il a la tête volumineuse ; la fontanelle antérieure non réunie. Le corps est bien développé, mais les membres sont grêles, avec des extrémités spongieuses, un peu volumineuses et avec le chapelet rachitique. Cet enfant, dès l'âge de deux mois, a été nourri avec des soupes et du lait. Il n'a jamais marché. Depuis deux mois, l'enfant a, quand il boit, et même dans l'intervalle, des attaques de suffocation plus ou moins fortes, caractérisées par un sifflement respiratoire, suivi d'une petite inspiration bruyante. L'enfant avait douze ou quinze accès de spasmes dans la journée et il en était quelquefois réveillé pendant son sommeil. Pommade de belladone en onctions sur le larynx ; sirop de belladone, qu'il prend depuis dix jours ; et les accès ont énormément diminué. On ajoute au traitement antérieur : huile de morue et bains salés.

Le 9 mars. Les accès sont moins forts et moins nombreux ; il n'y en a pas eu depuis trois jours.

Le 22 mars. L'enfant a continué de prendre du musc et il est complétement guéri.

Obs. IV. — *Spasme de la glotte. Entérite concomitante. Musc et sous-nitrate de bismuth. Guérison.*—Augustine Belloir, sept semaines ; 13 avril 1867. Depuis un mois, cette enfant a de temps à autre, le jour ou la nuit, de petites attaques caractérisées par une sorte de perte de connaissance de courte durée, avec coloration bleuâtre des paupières ou du tour des lèvres, sans convulsions des mains et des pieds ; mais la tête se renverse et les yeux se lèvent en haut. En dehors des attaques, l'enfant tette bien, n'a pas de diarrhée, mais rend des matières vertes. Elle tousse un peu et a quelques râles muqueux dans les deux poumons. Les accès durent quelques instants et se termi-

nent par un petit hoquet de timbre très-aigu. Pas de rachitisme et pas de bruit anormal au cœur, ni d'hypertrophie du thymus.

L'enfant est mise à une potion de 100 grammes contenant :

Sous-nitrate de bismuth.....................	2 grammes.
Musc....................................	0gr,50

Le 23 avril. L'enfant n'a plus de perte de connaissance, de renversement de la tête ni de cyanose. Les attaques convulsives ont entièrement disparu. Mais de temps à autre, elle a encore une gêne de respiration avec un peu de hoquet.

Pas de vomissements ; un peu de diarrhée verte.

Même potion :

Sous-nitrate de bismuth.....................	2 grammes.
Musc....................................	0gr,50

Le 30 avril. Les accès de spasme n'ont pas reparu.

Réflexions. — Chez cette enfant le spasme de la glotte ne dépendait ni du rachitisme ni de l'hypertrophie du thymus. Sa cause était inconnue. Il était compliqué d'entérite.

Le sous-nitrate de bismuth a guéri la diarrhée, en même temps que le musc a fait cesser les spasmes glottiques.

C'est en présence de ces faits que je dois discuter les différentes opinions qui règnent dans la science sur les causes du spasme de la glotte et sur la thérapeutique qui lui convient le mieux.

On a fait de cette maladie une lésion du nerf pneumo-gastrique, comme pour la coqueluche; mais, personne n'ayant montré quelle était la lésion de ce nerf, cette opinion peut être considérée comme une hypothèse.

Par cela même qu'on a vu des enfants atteints de spasme de la glotte, portant au cou des glandes engorgées, on a pensé que l'adénite cervicale pouvait être la cause du mal; mais cette lésion coïncide si rarement avec le spasme de la glotte qu'il n'y a pas lieu de l'élever au rang de cause déterminante.

La persistance du trou de Botal trouvée chez des enfants morts dans un accès de phréno-glottisme a été considérée par Kopp et par plusieurs médecins comme pouvant être la cause du spasme phrénique et glottique ; mais si l'on réfléchit un peu, on voit que ce n'est encore là qu'une hypothèse difficilement soutenable. En effet, si l'on examine le cœur de jeunes enfants morts de toute autre maladie que du spasme de la glotte, on trouve très-fréquemment la persistance du trou de Botal, et on est forcément amené à conclure que cette lésion n'est point la vraie cause du spasme phréno-glottique.

Pour Elsæsser, c'est le rachitisme qui est la cause du spasme de la glotte, non pas le rachitisme généralisé, mais le rachitisme de l'occipital, produisant le ramollissement de cet os, l'aplatissement du cerveau sous l'influence de la pesanteur dans le décubitus dorsal, et consécutivement les troubles nerveux du spasme glottique. J'ai vu, comme Elsæsser, des faits qui établissent la coïncidence du rachitisme occipital et du spasme de la glotte ; mais je ne suis pas convaincu qu'il y ait là autre chose qu'une coïncidence et qu'il faille y chercher un rapport de cause à effet. En effet, le rachitisme est une maladie très-commune ; on y observe fréquemment le ramollissement de l'occiput, et cependant le spasme de la glotte est très-rare.

L'opinion la plus importante, celle qui est la plus répandue et la mieux accréditée parmi les médecins, est celle qui attribue le spasme glottique à l'hypertrophie du thymus, et qui en fait un goître des nouveau-nés. C'est l'idée de Kopp, de Caspari, de Marshall-Hall, de Betz, etc. Cependant, outre que beaucoup d'enfants d'un à trois ans, morts d'entérite, de phthisie, de pneumonie, etc., présentent cette hypertrophie sans avoir eu de spasme glottique, outre que la plupart des enfants opérés du croup présentent la même disposition, ce qui gêne parfois singulièrement l'opérateur, il y a des cas d'enfants morts dans un accès de spasme de la glotte, et chez lesquels on n'a point trouvé d'hypertrophie de la glande thyroïde. Si donc, d'une part, on peut rencontrer l'hypertrophie de la glande thyroïde chez des enfants qui n'ont pas eu de spasme de la glotte, et si, de l'autre, on ne la trouve pas chez des enfants morts de cette névrose, c'est que cette hypertrophie n'est qu'une coïncidence dans la scène pathologique et n'en est pas la véritable cause.

En somme, il est évident que, dans l'état actuel de la science, il n'y a aucune lésion anatomique qui puisse être considérée avec quelque certitude comme pouvant être la cause du spasme de la glotte, et qu'on doit regarder cette maladie comme une véritable névrose spasmodique.

Quelle est cette névrose ? Est-ce un spasme de la glotte, ou bien un spasme du diaphragme, ou enfin un spasme combiné du diaphragme et de la glotte ? Voilà ce que je veux discuter.

Ceux qui admettent le spasme de la glotte se fondent sur le fait d'un arrêt de la respiration qui fait croire à l'occlusion momentanée du larynx et sur le bruit aigu de hoquet qui termine l'accès et qui se passe entre les lèvres de la glotte. Cependant, si la suspen-

sion temporaire de la respiration ne dépendait que du spasme de la glotte, il y aurait en même temps lutte du diaphragme, qui se contracterait d'autant plus vivement que l'obstacle laryngé, formé par le spasme glottique, serait plus intense. Or, il n'en est rien; au moment de l'accès phréno-glottique, le diaphragme est immobile et la respiration momentanément suspendue. Il n'y a donc pas d'occlusion spasmodique du larynx et de la glotte, ou, si elle existe, elle est peu considérable et ne devrait pas pouvoir empêcher l'introduction de l'air dans les poumons. De plus, quand l'accès se termine, le bruit de hoquet aigu qui annonce sa fin indique précisément que la glotte est ouverte et que ses lèvres sont écartées et entraînées par la colonne d'air qui entre au moment du retour des mouvements respiratoires. Donc, bien qu'il ne répugne pas d'admettre l'existence du spasme de la glotte prouvée par l'expérience de ceux qui *avalent de travers* une goutte d'eau, il n'est pas certain qu'il existe dans la maladie ainsi dénommée. Que l'on compare en effet les accidents éprouvés par ceux qui, en mangeant ou en buvant, ont fait entrer une goutte de liquide ou une parcelle de pain dans la glotte avec les phénomènes de la maladie appelée spasme glottique, et l'on verra la différence. Dans le premier cas, il y a de violentes contractions du diaphragme et des muscles du ventre qui n'existent pas dans l'autre.

C'est au *spasme du diaphragme et du nerf phrénique* qu'il faut surtout attribuer les phénomènes qui caractérisent le spasme de la glotte, d'où la dénomination de *phréno-glottisme*, qu'on peut donner à cette névrose pour en bien préciser le siége. En effet, que se passe-t-il? Au moment de l'accès, la respiration s'arrête et le diaphragme s'immobilise pour un instant, pendant lequel l'enfant, à demi asphyxié, semble perdre connaissance, bleuit, renverse la tête et les yeux, convulse ses pouces en dedans, puis, revenant à lui au bout de quelques secondes, fait entendre un bruit aigu de hoquet qui annonce le retour des mouvements du diaphragme et des muscles respiratoires. Ce bruit se passe dans la glotte, mais il est passif en quelque sorte et résulte de la vibration de la colonne d'air aspirée sur les ligaments arythéno-épiglottiques, absolument comme, quand on écarte violemment les plaques d'un soufflet de cheminée dont on ferme à demi l'ouverture, on détermine par la vibration de l'air aspiré un bruit aigu comparable à celui du hoquet qui termine le spasme.

S'il n'y a pas que la convulsion du diaphragme dans la maladie appelée *spasme de la glotte*, cet élément en fait cependant la prin-

cipale base, et il est impossible de ne pas en tenir compte. Qu'il y ait, en outre, spasme glottique, c'est possible, et je ne veux pas le nier, mais le fait capital est l'arrêt convulsif du diaphragme entraînant l'arrêt de la respiration et l'aspiration bruyante des lèvres de la glotte.

Spasme du diaphragme et de la glotte, voilà, dans mon opinion, ce qui donne lieu aux accidents observés chez la petite malade que vous avez eu à examiner. Chez elle, il n'y a ni rachitisme de l'occipital, ni goître, ni adénite, ni enfin aucune des causes anatomiques indiquées par la nosographie du spasme de la glotte. Maintenant, et pour finir, je vais vous indiquer le traitement à suivre.

Ce traitement ressort tout particulièrement de la discussion contradictoire à laquelle je viens de soumettre les causes et la nature du phréno-glottisme.

Ce n'est pas un goître, et il n'y a point d'hypertrophie du thymus en cause : pourquoi suivrait-on les conseils de Kopp, qui prescrivait l'*iode* et l'*iodure potassique,* ou les conseils de ceux qui ont proposé d'*enlever le thymus?* Ce n'est pas davantage une adénite, ni du rachitisme : pourquoi ferait-on systématiquement des *frictions résolutives,* ou donnerait-on l'*huile de morue* et les *bains stimulants?* Par cela même que le mal doit être considéré comme étant de la *nature des névroses,* il est évident que sa thérapeuthique doit avoir pour base l'*usage des substances antispasmodiques,* sans pour cela rien présenter d'exclusif, qui repousse toute autre indication particulière.

Cette thérapeutique se compose des moyens à employer pendant l'accès et de ceux qu'on prescrit dans leur intervalle pour en éviter le retour.

Au moment de l'accès, je fais respirer avec précaution du *chloroforme,* qui réussit admirablement, ou de l'*éther*, qui a les mêmes avantages. On pourrait employer dans le même but la respiration d'une petite quantité d'ammoniaque, mais il faut être prudent et ne pas approcher trop près des narines le bouchon de verre du flacon qui renferme l'alcali volatil. Sous ce rapport, le *sel anglais volatil* imbibé d'ammoniaque et d'odeur parfumée est préférable. Dans certains cas, on se borne à faire respirer le *vinaigre,* l'*acide acétique* ou les sels imbibés de cet acide.

Lorsque l'enfant tombe suffoqué et dominé par l'asphyxie, il faut se hâter de le ranimer par des frictions excitantes, par des cataplasmes sinapisés aux jambes et par la respiration artificielle au moyen de pressions méthodiques du diaphragme à travers la paroi

abdominale. Quand même l'enfant paraîtrait avoir succombé, il faut continuer longtemps cette manœuvre, car, ainsi que l'ont fait Marsh et Gunther, on réussit quelquefois au bout d'une heure à ranimer un enfant que tout le monde croyait perdu. Tant qu'il existe un mouvement ou un frémissement du cœur appréciable à l'auscultation, on doit continuer les manœuvres de la respiration artificielle, car on sait, depuis mes recherches *sur les signes de la mort*, que l'auscultation prolongée du cœur étant le meilleur moyen de reconnaître la mort réelle de la mort apparente, le plus petit bruit de la région cardiaque doit engager le médecin à continuer ses efforts de rappel à la vie.

Le traitement de l'accès de phréno-glottisme n'est pas la chose la plus importante, car cet accès est de si courte durée qu'il s'achève souvent avant qu'on ait eu le temps de lui opposer aucun remède; c'est dans l'intervalle des accès qu'il faut agir pour éviter le retour de nouveaux spasmes qui pourraient devenir mortels.

Ayant donc écarté de la thérapeutique les préparations iodurées, qui n'ont pas de raison d'être, puisque le mal n'a rien de la nature du goître, je ferai de même pour certains antispasmodiques ou quelques narcotiques que j'ai employés et dont l'action est fort problématique.

L'eau de laurier-cerise, l'*assa fœtida*, l'oxyde de zinc, l'hydrocyanate de zinc, la poudre et l'extrait de valériane, n'ont donné que des résultats variables. La jusquiame, la belladone, l'opium et la morphine n'ont pas beaucoup mieux réussi, et il n'y a que le *musc* qui vaille sérieusement la bonne opinion qu'en a prise M. le docteur Salathé. On sait que ce médecin, ayant eu à traiter vingt-quatre cas de spasme de la glotte, n'a eu que deux morts à déplorer ; que, sur dix-sept malades, le spasme a été enrayé et guéri au bout de quelques jours, tandis que, chez sept autres, il n'y a eu qu'une amélioration sans guérison complète. Depuis plusieurs années, j'emploie le musc et m'en suis constamment félicité. D'ailleurs, vous pouvez en juger par vous-mêmes, d'après les expériences que je viens de rapporter. Ce médicament se donne en poudre si l'âge des enfants permet de le faire prendre en nature dans de la confiture, ou en potion, si les enfants sont très-jeunes. On en prescrit 5 à 10 centigrammes par jour, à prendre par fractions toutes les heures, et, d'après ce que j'ai vu, il y a une amélioration immédiate, qui ne tarde pas à être suivie de la guérison.

Toutefois, si le musc est l'agent principal de la guérison du phréno-glottisme, il ne doit pas toujours en être le seul remède.

Dans cette névrose, il y a d'autres indications à remplir que celle de l'état spasmodique, et comme cet état est souvent compliqué de rachitisme des membres ou de l'occiput, il faut tenir compte du ramollissement des os, et le combattre par les moyens appropriés. C'est alors qu'il faut prescrire le sirop de phosphate de chaux gélatineux, 30 grammes par jour ; ou la poudre de phosphate de chaux, 25 centigrammes ; l'huile de morue, 15 à 30 grammes, et, enfin, les bains salés ou de sel de Kreutznach.

En résumé, le musc, l'huile de foie de morue, parfois le phosphate de chaux et les bains salés, voilà les meilleurs remèdes à opposer au spasme de la glotte et du diaphragme.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Sur la fracture du cartilage de la cloison des fosses nasales ; complications et traitement [1] ;

Par M. Jarjavay, professeur à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Beaujon.

Je désire établir par des faits cliniques l'existence de la fracture du cartilage de la cloison des fosses nasales, les signes, la marche, les complications de cette lésion et leur traitement.

Déjà, dans une thèse soutenue, en 1864, par M. Beaussenat, un de mes anciens élèves à l'hôpital Saint-Antoine, sur les tumeurs sanguines et purulentes de la cloison des fosses nasales, il est fait mention de la démonstration que j'en avais donnée sur deux malades de mon service (p. 35). Fleming, qui, le premier, a publié une description exacte des tumeurs sanguines de cette cloison, avait, il est vrai, parlé de la fracture dont je veux traiter, mais il n'avait fait que la présumer et ne l'avait admise que pour donner une explication de la communication qui existait entre les tumeurs de chaque narine (*Journal de Dublin*, 1834, p. 19). Aujourd'hui c'est pour moi un fait acquis, à savoir que les tumeurs sanguines de la cloison des fosses nasales et les tumeurs purulentes de ce septum, *qui ont succédé à une contusion du nez*, sont, non pas la maladie première, mais bien la complication de la solution de continuité du cartilage.

[1] Extrait de la *Clinique chirurgicale* en ce moment sous presse (Delahaye, éditeur).

Parmi les observations que j'ai recueillies sur les malades confiés à mes soins ou que j'ai empruntées aux auteurs, les unes ont trait à la fracture simple et sans complication consécutive ; les autres (et elles sont en majorité) démontrent la possibilité d'accidents ultérieurs, accidents assez prononcés pour qu'ils aient pu détourner l'attention de la lésion primitive.

FRACTURES SIMPLES.

Obs. I. — Th*** (Charles), vingt-trois ans, garçon maçon, entré, le 29 mars 1867, salle Saint-Félix, n° 31, à l'hôpital Beaujon. La veille de son entrée, à dix heures du matin, il avait reçu, dans une rixe, un coup de poing sur le nez. Tombé par terre, il avait perdu connaissance pendant quelques instants ; il avait eu une hémorrhagie nasale, mais point de vomissements.

Le 30 mars, à la visite du matin, nous constatons ce qui suit :

Empâtement et rougeur de la racine du nez ; respiration un peu gênée ; voix légèrement nasillarde ; écorchure de la peau sur le dos du nez, au niveau de l'union du bord inférieur des os propres du nez avec les cartilages latéraux ; dépression dans ce même point. Quand on saisit la portion osseuse de la saillie nasale entre le pouce et les doigts indicateur et médius et qu'on lui imprime des mouvements de latéralité, point de mobilité ni de crépitation. Si, au contraire, c'est la portion cartilagineuse qu'on ébranle, on constate une mobilité bien distincte de la flexion naturelle et un claquement. Ce dernier bruit est fugace et ne se reproduit pas à chaque exploration. Le petit doigt introduit dans les narines ne constate aucune tumeur sur la cloison. Une ecchymose occupe la moitié interne des deux paupières à droite et à gauche.

Cataplasme de farine de graine de lin sur le dos du nez ; deux portions.

Jusqu'au 4 avril, l'empâtement et la rougeur de la racine du nez persistent. La pression au niveau de l'union des portions osseuse et cartilagineuse est douloureuse, et augmente la dépression signalée à ce niveau. La respiration est à peine gênée ; céphalalgie. Bain de pieds sinapisé le soir ; d'ailleurs, même prescription.

Le 7 avril. Rougeur des deux conjonctives ; diminution des ecchymoses des paupières et de l'empâtement de la racine du nez. L'écorchure de la peau est cicatrisée ; une bouteille d'eau de Sedlitz.

Pendant quinze jours encore, Th*** accuse un peu de mal à la tête ; l'appétit, cependant, a toujours été conservé. Trois portions ; bains de pieds sinapisés.

Le 24 avril. La guérison est complète ; il n'y a plus, en effet, de mobilité anormale quand on ébranle à droite et à gauche la cloison des fosses nasales ; la respiration se fait aussi librement que dans l'état ordinaire. Il ne reste qu'une déformation du dos du nez, qui consiste dans un aplatissement à l'union des portions osseuse et cartilagineuse. *Exeat*, le 27.

Obs. II. — Le nommé R*** (Antoine), âgé de soixante-neuf

ans, charretier, est entré, le 13 février 1867, salle Saint-Félix, nº 28, à l'hôpital Beaujon. Il raconte que, le jour même de son arrivée dans nos salles, il a reçu un coup de pied de cheval sur la partie antérieure du nez. Hémorrhagie nasale assez abondante; point de perte de connaissance; ni nausées ni vomissements.

Le 14, à la première visite, nous constatons :

1° Une plaie contuse, curviligne, à concavité supérieure, étendue du lobule du nez jusqu'au milieu de la paupière inférieure gauche, et intéressant la partie latérale gauche du nez et la joue correspondante.

2° Il sort encore par les narines un liquide sanguinolent; le passage de l'air atmosphérique dans les fosses nasales est un peu gêné.

3° Si l'on parcourt le dos du nez avec le doigt, on détermine de la douleur, mais le summum d'intensité est au niveau de l'union des portions osseuse et cartilagineuse; à ce même niveau, une dépression se produit et le doigt s'enfonce au-dessous des os propres du nez qui paraît alors aplati. Imprime-t-on au nez des mouvements de latéralité en saisissant la portion cartilagineuse, cette portion est portée à droite et à gauche par un mouvement de totalité, et il se produit un claquement dont la sensation n'a rien de la crépitation osseuse. Au contraire, point de mobilité ni de crépitation dans la portion osseuse. On ne constate non plus aucune trace d'emphysème. — Compresses trempées d'eau fraîche sur le dos du nez, avec recommandation de les renouveler dans le courant de la journée et pendant la nuit ; deux portions.

Le 15 février et les trois ou quatre jours suivants, les téguments du nez, du front et de la joue gauche principalement deviennent rouges et tuméfiés. Même traitement.]

La tuméfaction et la rougeur ont un peu diminué dès le 20, et vont ensuite décroissant graduellement, pour disparaître dès le 25. A cette date, la respiration est tout aussi libre que dans l'état normal. On ne constate, avec le petit doigt introduit dans les narines, aucune tumeur sur les côtés de la cloison. Il n'existe qu'un peu d'empâtement de la partie latérale gauche du nez.

R***, se trouvant parfaitement bien, demande sa sortie, et sort le 4 mars. Le nez n'est point déformé; aucune trace d'inflammation n'existe dans les parties contuses. Seulement, quand on imprime à la portion cartilagineuse du nez des mouvements de latéralité, on produit un claquement dont le siége est manifestement dans la cloison des fosses nasales.

Obs. III. — C*** (François), soixante-treize ans, bonnetier, couché au numéro 27 de la salle Saint-Félix, hôpital Beaujon, est tombé, le jour même de son entrée, la face contre terre, poussé qu'il était par un cheval au moment où il voulait traverser le boulevard. Il a eu aussitôt une hémorrhagie nasale, qui s'est arrêtée spontanément ; point de perte de connaissance ; pas de vomissements.

Le 27 mai. La respiration est gênée, la voix nasonnée. L'exploration des narines nous montre des caillots de sang qui, fixés aux

poils de l'entrée des fosses nasales, interceptent incomplétement le passage de l'air atmosphériqne pendant l'inspiration. Ils sont retirés avec des pinces. Aussitôt la respiration devient libre. Cependant les téguments du nez sont légèrement rouges, un peu œdématiés. Le petit doigt introduit dans la narine droite, nous constatons, au niveau de la terminaison de la portion osseuse du nez, une saillie linéaire, dirigée d'avant en arrière, et au-dessous de laquelle est une dépression correspondante. Le petit doigt de l'autre main introduit dans l'autre narine, nous pouvons, au moyen de pressions alternatives, porter la partie antérieure de la cloison à droite ou à gauche, comprimer la saillie indiquée et la faire disparaître, en même temps que nous sentons un frottement cartilagineux qui se traduit par un claquement. Puis, explorant la ligne dorsale du nez avec le doigt indicateur, une vive douleur se fait sentir immédiatement au-dessous du bord inférieur des os nasaux. On constate qu'à ce niveau, il n'existe plus la résistance normale du cartilage de la cloison sous la pression, et qu'en même temps le nez s'aplatit au point que le lobule vient toucher la base de la lèvre supérieure. Un peu de céphalalgie. Compresses imbibées d'eau fraîche sur le nez ; recommandation faite au blessé de renifler de l'eau plusieurs fois dans la journée ; deux portions.

Cet état se maintient jusqu'au 31. A cette date, nous percevons une crépitation cartilagineuse, en portant à droite et à gauche alternativement la portion non osseuse du nez. Plus de céphalalgie. Point de tumeurs sur la cloison. La respiration est libre. Même prescription.

Le 1er juin. Le malade se trouve parfaitement bien. Nous constatons le même déplacement à gauche de la partie inférieure du cartilage de la cloison.

Le 2. Une plaie qui était au niveau de l'apophyse orbitaire externe du côté droit s'est enflammée et suppure. Cataplasme de farine de graine de lin. Elle est cicatrisée le 12 juin.

Le 17, tout est rentré dans l'état normal. Cependant la partie inférieure de la cloison est déviée à gauche. Le lobule du nez est porté d'une manière choquante à droite de la ligne médiane. C*** affirme que cette déviation de la portion molle du nez à droite n'existait pas avant l'accident. *Exeat.*

Ces trois observations contiennent, en résumé, les faits suivants :

A la suite d'une contusion sur le nez, les trois blessés ont eu une hémorrhagie nasale qui s'est manifestée immédiatement après l'accident, puis un empâtement de la région avec rougeur et douleur. Ce dernier symptôme était à son summum d'intensité quand une pressiou était exercée avec le doigt sur le dos du nez à l'union des portions osseuse et cartilagineuse. En même temps, il se formait à ce niveau une dépression où s'enfonçait le doigt explorateur. La respiration était, dans les premiers temps, un peu gênée et la voix nasillarde. Saisie entre le pouce et l'indicateur, la portion

cartilagineuse du nez pouvait être portée à droite et à gauche, et un claquement était perçu par l'observateur chaque fois que la partie antérieure de la cloison était poussée au delà de la ligne médiane. La fracture a été par elle-même assez légère pour que le second malade ait demandé sa sortie avant même qu'une consolidation, sans doute fibreuse, eût fixé l'un à l'autre les fragments du cartilage rompu. Chez le premier et le troisième malade, il y a eu une déformation du nez.

FRACTURES COMPLIQUÉES.

Les complications consécutives de la fracture de la cloison cartilagineuse des fosses nasales sont des tumeurs purulentes ou sanguines de la cloison, avec ou sans communication de ces tumeurs avec l'extérieur au moyen d'une solution de continuité du tégument cutané.

A. *Fractures compliquées de tumeurs purulentes de la cloison avec une ouverture sur le dos du nez.*

Obs. IV. — Le nommé R*** (Constant), âgé de trente-deux ans, doreur, entre à l'hôpital Beaujon, le 16 février 1867, salle Saint-Félix, nº 23. Il raconte qu'il est tombé, il y a quinze jours, la face contre un trottoir, et que le dos du nez a porté sur l'angle. Il en est résulté une hémorrhagie nasale qui s'est arrêtée d'elle-même et que le blessé a combattue, en appliquant sur la région blessée des compresses trempées d'eau fraîche. Sa face est ensuite devenue rouge, tuméfiée, douloureuse, ce qui l'a déterminé à venir réclamer nos soins.

Le 17 février. Une plaie transversale de un centimètre et demi de longueur occupe le dos du nez à l'union des portions cartilagineuse et osseuse. Cette solution de continuité, dont les lèvres sont écartées de un centimètre, présente un fond granuleux d'où sort un pus abondant et dont la quantité est disproportionnée à l'étendue de la lésion. Les téguments du nez sont rouges, boursouflés; l'espace intersourcilier et la partie attenante de la peau du front présentent le même état. Quand on comprime le nez au niveau de la plaie, on voit sourdre le pus du fond de cette solution de continuité. La respiration, qui avait été gênée dans les premiers jours qui ont suivi l'accident, est maintenant libre; point de tumeur faisant saillie à l'intérieur des fosses nasales. La portion osseuse du nez ne présente point de fracture. Quand on comprime la portion cartilagineuse, le pus sort par la plaie en plus grande quantité; et, si on lui imprime des mouvements de latéralité, on est étonné de voir que le cartilage latéral droit ne tient plus au bord inférieur de l'os propre du nez correspondant, et l'on sent un bruit, espèce de claquement cartilagineux, qui paraît avoir son siége dans

la cloison. Le doigt exerce-t-il une pression sur le dos du nez à l'union des portions osseuse et cartilagineuse, le nez s'aplatit et il se forme une dépression dans ce point. Nous introduisons une sonde de femme successivement dans chaque narine, et nous comprimons avec cet instrument la partie antérieure de la cloison ; il sort encore du pus par la plaie. Cataplasmes de farine de graine de lin ; deux portions.

Les jours suivants, la compression fait sourdre tantôt du pus, tantôt de la sérosité purulente. Jusqu'aux premiers jours de mars, les émollients ont fait disparaître l'inflammation ; mais la plaie ne s'est nullement modifiée vers la cicatrisation.

Le 4 mars. La solution de continuité ayant résisté au traitement et donnant du pus d'une manière persistante et en quantité plus grande que ne le comportait l'étendue de la surface intéressée, nous avons introduit un stylet dans le pertuis étroit d'où sortait le pus, et, l'inclinant à droite, nous avons constaté qu'il pénétrait dans l'épaisseur de la cloison. Le petit doigt introduit dans la narine droite, nous avons senti l'extrémité du stylet au-dessous de la membrane muqueuse pituitaire. Incision de la membrane, faite avec le bistouri sur l'extrémité de l'instrument. Retirant ensuite le stylet, nous l'avons incliné du côté gauche et nous avons senti le bouton soulevant la muqueuse dans la fosse nasale gauche. Autre incision. Ensuite, le stylet est facilement conduit par ces incisions de la fosse nasale droite dans la fosse nasale gauche au travers du cartilage. Les applications émollientes sont continuées.

Le 5. En vain nous comprimons la portion cartilagineuse du nez, plus de pus sortant par la plaie dorsale. Le malade fait remarquer que dans la journée d'hier il a mouché un peu de pus sanguinolent.

Les 6 et 7. Même état.

Le 8. La plaie est considérablement rétrécie, la cicatrisation marche rapidement.

Le 10. La cicatrisation est achevée. Le malade ne mouche plus de liquide sanguinolent ni purulent. *Exeat.*

Obs. V.— Le nommé B*** (Vincent), âgé de dix-sept ans, marbrier, est entré, le 5 janvier 1862, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-François, n° 27.

Il raconte qu'il y a six semaines il a fait une chute dans laquelle son nez a porté violemment sur le sol. Au moment de l'accident, il a mouché du sang. Lorsqu'il faisait un effort pour se moucher, le nez n'augmentait pas de volume.

A son entrée, on constate que sa voix, normale auparavant, est devenue nasonnée. Il existe un empâtement sur la face dorsale du nez, et, à deux centimètres et demi au-dessous de sa racine, il s'élève sur une plaie des bourgeons charnus en forme de champignons. Au niveau de cet empâtement on ne sent pas d'irrégularités osseuses. Lorsqu'on introduit un stylet au centre du bourrelet formé par les bourgeons charnus, il pénètre à une profondeur de trois centimètres. Lorsqu'on renverse la tête du malade en arrière et que l'on

examine l'intérieur des fosses nasales, on découvre qu'il existe une tumeur de chaque côté de la cloison.

Une incision est faite à la partie la plus déclive de la tumeur située à droite de la cloison, et il en résulte l'issue d'une grande quantité de pus et de sang. Il faut que les deux tumeurs communiquent, puisque l'on fait passer le contenu de l'une dans l'autre. La tumeur gauche est aussi ouverte, et il s'en écoule le même liquide que celui qui était fourni par la tumeur droite.

Un stylet, introduit par l'une des ouvertures de la muqueuse pituitaire, traverse sans obstacle le cartilage de la cloison et sort par l'incision de la muqueuse du côté opposé.

Le 8 janvier. La voix est moins nasonnée, la respiration est plus facile, l'écoulement purulent qui se faisait les jours précédents par la plaie du dos du nez a cessé. On recommande au malade de renifler plusieurs fois par jour de l'eau de guimauve tiède; quatre portions.

Le 9. L'empâtement qui avait existé jusqu'à présent sur le dos du nez a disparu. Une dépression existe au niveau de l'union des portions osseuse et cartilagineuse.

Le 10. Le timbre de la voix est normal; la plaie du dos du nez est cicatrisée; la dépression que nous avons signalée est encore plus manifeste.

Le 12. Il vient encore un peu de liquide sanguinolent quand on écarte avec un stylet les lèvres de l'incision faite à la tumeur droite. De chaque côté de la cloison, il existe un décollement considérable de la muqueuse; l'engorgement œdémateux du dos du nez a entièrement disparu.

Le 14. La plaie extérieure est complétement cicatrisée. On constate au niveau de la partie inférieure des os propres du nez une concavité. Il ne sort plus de pus par les narines. *Exeat.* (Obs. recueillie par M. Beaussenat.)

On a pu remarquer dans cette observation qu'un stylet n'a pas été introduit, comme cela avait été fait chez le malade de la précédente, de la plaie du dos du nez dans les tumeurs de la cloison. Mais la communication est suffisamment démontrée par l'issue habituelle du liquide morbide par cette plaie, et son absence dès qu'il a eu une issue dans la partie déclive des tumeurs des narines. La fracture de la cloison, quoique nous n'ayons pas cherché à produire la crépitation cartilagineuse, l'est aussi par l'ouverture qui a donné passage au stylet d'une narine dans l'autre, et par la dépression qui a persisté sur le dos du nez à l'union des portions osseuse et cartilagineuse.

Obs. VI. — Le nommé D*** (Eugène), âgé de cinquante ans, domestique, est entré le 8 février 1851 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-François, n° 1. Il y a un mois, il a glissé sur le verglas et a fait une chute dans laquelle le nez a porté sur le sol. Du sang

s'est aussitôt écoulé d'une plaie qu'il s'est ainsi faite sur le dos du nez. Il n'y eut point d'hémorrhagie par les fosses nasales. Un médecin consulté déclara que la blessure était sans gravité et conseilla l'application de compresses trempées d'eau fraîche.

D*** raconte en outre que, les jours suivants, toutes les fois qu'il se mouchait, du sang sortait par la solution de continuité. Depuis huit jours, une tuméfactiou avec rougeur a envahi toute l'étendue de la région nasale.

Aujourd'hui, 9 février, la rougeur remonte jusqu'à deux centimètres au-dessus de l'espace intersourcilier. Nous constatons que les bords de la solution de continuité sont décollés. La voix qui, avant l'accident, avait un timbre normal, est nasonnée.

En examinant l'intérieur des fosses nasales, on aperçoit de chaque côté de la cloison une saillie de la membrane muqueuse.

Rien à noter du côté des os propres du nez. Mais il existe au-dessous d'eux une dépression que l'on constate en suivant avec le doigt le dos de cet organe.

Après avoir enlevé une croûte qui recouvrait une partie de la plaie, on découvre une surface granulée d'où l'on fait sourdre du pus en comprimant avec le petit doigt l'une ou l'autre des tumeurs de la cloison. Une incision est pratiquée successivement sur chacune d'elles : issue d'une grande quantité de pus et de sang. Un stylet est conduit sans difficulté d'une narine dans l'autre par les ouvertures de la muqueuse et une solution de continuité du cartilage de la cloison.

La voix a perdu son caractère nasillard immédiatement après l'opération. Cataplasmes de farine de graine de lin sur le nez; trois portions.

Le 10. La plaie ne fournit plus de pus ; ses bords sont recollés. La voix est normale, la rougeur moins vive, la tuméfaction moins grande. La perforation de la cloison persiste; les incisions de la muqueuse donnent passage à une petite quantité de pus sanieux. La dépression située au-dessous des os du nez est toujours la même. Même prescription.

Le 11. Le stylet ne peut plus être conduit à travers la cloison. Il ne sort plus ni pus ni sang par les narines.

Le 18. Guérison complète. *Exeat.*

Obs. VII (elle est tirée du *Dublin Journal* de 1833, t. IV, p. 16 : *Christopher Fleming's observations on certain affections of the septum of the nose*). — Michel Kavanagh, cocher, âgé d'environ quarante ans, glissa en courant dans la rue, tomba la tête en avant et se heurta violemment le nez. Quand il se releva, il avait au dos du nez une plaie qui saigna abondamment; il eut aussi une hémorrhagie assez forte par les narines. La plaie fut pansée chez le pharmacien voisin, et, pendant les huit ou dix premiers jours, cet homme n'éprouva dans la région aucune gêne, menant du reste une vie peu sobre et ne se préoccupant guère de son accident.

Au bout de ce temps, la blessure devint très-douloureuse ; la douleur augmenta graduellement et se fit sentir dans les parties voisines, et jusqu'à la racine du nez, les paupières et la partie inférieure

du front. Les narines s'obstruèrent à tel point que la respiration fut tout à fait impossible par cette voie. Ces symptômes locaux se compliquèrent de fièvre intense.

C'est à ce moment que je vis le malade pour la première fois. Le nez, naturellement gros et proéminent, avait pris des proportions encore plus considérables, par suite de l'œdème qui avait envahi les parties molles tégumentaires, lesquelles avaient pris une teinte d'un rouge foncé et étaient extrêmement sensibles à la pression ; au moindre contact le malade se retirait.

Il y avait beaucoup de larmoiement, et les paupières ainsi que la partie inférieure du front participaient à l'œdème général et à la disposition érysipélateuse, qui paraissait aussi gagner la lèvre supérieure. Sur le dos du nez, vers la jonction des extrémités inférieures des os nasaux avec les cartilages correspondant au siége de la plaie primitive, était un ulcère douloureux, un peu plus large qu'une pièce de vingt centimes. Ses bords étaient très-sensibles et tuméfiés; sa surface excavée et irrégulièrement granuleuse. En examinant à l'aide d'une sonde, je trouvai à nu l'extrémité inférieure des os du nez, et, en variant sa direction, je pus la faire passer sans difficulté de chaque côté de la cloison cartilagineuse, dans une étendue assez considérable, en haut, en arrière et en bas. En avant, deux tumeurs bouchaient chaque narine. Ces tumeurs étaient tendues et lisses à leur surface, et remplissaient si bien les narines qu'elles étaient complétement fixes et non influencées par l'acte de la respiration. En pressant un peu fortement le nez à sa base, on faisait sourdre à la surface de l'ulcère un liquide séro-purulent. En exerçant la même compression vers la partie supérieure du nez, on rendait les tumeurs plus tendues et plus saillantes, et la sensation de fluctuation était des plus manifestes. Je fis une incision avec la lancette dans la tumeur du côté droit; je trouvai la muqueuse épaisse et œdémateuse; il s'écoula en abondance un liquide clair, séro-purulent, et, après que l'évacuation fut terminée, les deux tumeurs s'affaissèrent, laissant la membrane pituitaire disposée sous forme de petits sacs flasques de chaque côté de la cloison.

Quelque moyen que j'aie employé, il m'a été impossible de découvrir la moindre communication entre les deux narines, et cependant il n'y avait pas de doute qu'il en existât, après l'évacuation des deux tumeurs par la même ouverture. Le malade se sentit beaucoup soulagé par cette opération ; on introduisit de la charpie à travers l'incision, et on prescrivit les médicaments locaux et généraux ordinaires.

Il n'y aurait pas d'intérêt à noter ici jour par jour l'histoire de ce cas. Les circonstances les plus remarquables que nous pûmes constater furent l'extrême difficulté que nous éprouvâmes à maintenir ouverte l'incision pratiquée sur la muqueuse, si bien que presque tous les jours il fallait détruire les adhérences pour pouvoir vider le dépôt plus ou moins considérable de fluide qui se formait de chaque côté de la cloison, puis la lenteur avec laquelle la

membrane pituitaire reprenait son état normal, et enfin la peine qu'on eut à faire cicatriser la blessure primitive.

Il fallut encore six semaines pour arriver à ce résultat, et il est à remarquer qu'il n'y eut pas la moindre exfoliation des os.

Il y a maintenant plus de douze mois que l'accident est arrivé. J'ai rencontré par hasard, il y a une quinzaine, mon malade, et j'ai pu examiner à loisir son nez. Aucune exfoliation ne s'est faite, mais parfois un peu de douleur se fait sentir au niveau de la cicatrice. La portion centrale de la portion cartilagineuse paraît avoir été résorbée, et ainsi a pu se faire l'adhérence des deux faces opposées de la membrane muqueuse. Cela a amené un changement dans la forme du nez, c'est-à-dire que cet organe s'est légèrement affaissé. Je n'ai pas eu à constater d'autre particularité.

On voit, dans les quatre observations qui précèdent, que l'incision a été pratiquée sur la membrane pituitaire. C'est encore de cette façon qu'il faudrait agir, selon le conseil de J.-L. Petit (*Traité des mal. chir.*, p. 138, éd. 1844), s'il existait, à la suite d'une contusion sur le nez, deux tumeurs purulentes en communication entre elles, l'une sous-cutanée, l'autre sous-muqueuse. Les abcès de la cloison qui succèdent à une fracture des os nasaux, alors même que le pus sort par une ouverture fistuleuse sur le dos du nez, doivent être soumis au même mode de traitement. C'est ainsi qu'agit M. Velpeau sur un malade qui était atteint, à la suite d'une fracture des os propres du nez, d'une fistule à travers la substance osseuse et de deux abcès sous-muqueux (*Gaz. des Hôpitaux,* p. 178), mais ces faits ne s'appliquent pas directement à l'étude que nous nous sommes proposée, c'est-à-dire à la fracture du cartilage.

L'observation suivante est remarquable en ce que le malade qui en est l'objet avait à la fois une fracture des os nasaux et une fracture du cartilage de la cloison.

Obs. VIII.— Le nommé A*** (Adolphe), âgé de cinquante-huit ans, imprimeur en papiers peints, est entré, le 14 décembre 1863, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-François, n° 15. Il nous apprend qu'il était tombé, la veille de son entrée, sur les marches d'un escalier de pierre, et que le dos du nez avait porté sur le bord de la pierre.

Le 15. On remarque une plaie sur le dos du nez, à un demi-centimètre au-dessus de l'union des cartilages avec les os. Les narines sont remplies de sang caillé et laissent suinter un liquide séro-sanguinolent.

Le nez présente une tuméfaction générale. En imprimant à la portion osseuse des mouvements de latéralité, on perçoit de la crépitation. Compresses trempées d'eau fraîche ; trois portions.

Le 20. La suppuration est établie au niveau de la plaie : extrac-

tion d'esquilles avec une pince; le gonflement du nez a diminué. Même traitement.

Le 23. De nouveaux fragments d'os sont retirés. La plaie présente une suppuration abondante.

Le 31. Le gonflement a disparu; la suppuration est moins abondante.

Le 11 janvier 1864. La suppuration est à peu près tarie; point de douleur, point de gonflement. Le malade demande à sortir. *Exeat.*

Huit jours après sa sortie, il revient à la consultation, accusant de la gêne dans la respiration. Nous apercevons sur les parties latérales de la cloison deux tumeurs qui obstruent presque complétement les cavités nasales. Ces tumeurs sont molles, rouges. Quand on les comprime avec le petit doigt introduit dans les narines, on fait sortir un peu de pus par l'ouverture fistuleuse du dos du nez. Une incision est pratiquée avec le bistouri sur chaque tumeur. Issue d'une grande quantité de pus. Une sonde introduite dans l'une des ouvertures traverse la cloison et sort par l'ouverture du côté opposé; ce qui indique suffisamment que le cartilage de la cloison a été rompu. Recommandation au malade de renifler de l'eau de guimauve tiède.

A*** revient à la consultation quelques jours après. Les lèvres de chaque incision sont collées l'une à l'autre et les deux tumeurs ont reparu. Nous détruisons avec une sonde cannelée cette adhérence; il sort une nouvelle quantité de pus.

Le 1er février. Nous constatons à la consultation que la plaie du dos du nez est cicatrisée. Le liquide qui sort par les deux ouvertures est séro-purulent; les ouvertures sont extrêmement étroites.

Nous n'avons plus revu le malade; il est à présumer qu'un recollement complet s'est opéré et que A*** est guéri.

Une plaie et une fistule interminable qui est située sur le dos du nez et qui sert d'orifice de décharge pour deux abcès situés de chaque côté du cartilage de la cloison, au-dessous de la membrane muqueuse pituitaire, tel est le caractère de la complication consécutive que font connaître les cinq dernières observations. On a sans doute remarqué que la contre-ouverture pratiquée à la partie la plus déclive de chaque abcès a été généralement suivie d'une prompte guérison.

B. *Fractures du cartilage de la cloison, compliquées d'épanchements sanguins ou d'abcès sous-muqueux, sans fistule sur le dos du nez.*

Ce sont les tumeurs sanguines ou purulentes de la cloison décrites par nos prédécesseurs. Nous sommes loin de nier que les dernières, c'est-à-dire les tumeurs purulentes, puissent se produire dans quelques cas pathologiques sans solution de continuité préa-

table du cartilage. Nous ne voulons pas nous occuper ici de cette variété d'abcès, notre but étant de démontrer que, dans tous ceux qui succèdent à une contusion du nez, il existe antérieurement à l'abcès une fracture du cartilage et un épanchement sanguin sous la muqueuse pituitaire.

Obs. IX. — Un jeune homme de vingt-cinq ans, se trouvant à la chasse, à cheval, eut le nez violemment heurté par la tête de sa monture. Sur le moment il eut une épistaxis assez abondante, qui ne tarda par à s'arrêter ; et le chasseur, ne ressentant qu'un malaise insignifiant, continua sa course. Vers le soir et pendant la nuit, il éprouva dans le nez une sensation de plénitude et d'enchifrènement qui ne fit qu'augmenter, au point d'amener une obstruction complète des narines et de produire une grande gêne. On me fit appeler le lendemain. Les parois externes du nez étaient uniformément tuméfiées et un peu rouges, sensibles à la pression ; mais sans lésion appréciable des téguments.

En renversant la tête du malade et pressant légèrement sur l'extrémité libre du nez, j'aperçus dans chaque narine une tumeur rénitente, d'un rouge foncé et brillant, remplissant complétement leur cavité. La cloison nasale semblait établir une séparation entre les deux tumeurs. Cependant je soupçonnai une communication. En effet, en passant alternativement le doigt dans chaque narine et en pressant sur la tumeur, celle du côté opposé devenait plus pleine, plus proéminente. Cette exploration me confirma également que ces tumeurs renfermaient un liquide.

La douleur locale, qui était extrême, m'engagea à pratiquer une ouverture ; en conséquence, je ponctionnai avec la lancette la tumeur de la narine droite, après l'avoir rendue aussi fixe et proéminente que possible. Le résultat fut satisfaisant ; le soulagement fut presque instantané ; il s'écoula du sang à demi fluide, à demi coagulé, et, par la pression, je vidai complétement les deux tumeurs par la même ouverture. Il restait encore de l'engorgement et de la tuméfaction des parties ; des applications froides, des sangsues, du repos et quelques purgatifs salins furent prescrits. Pendant quelques jours il resta de chaque côté de la cloison un peu de tension et de sensibilité, et, jusqu'à la guérison définitive, il ne se présenta pas d'autre particularité remarquable. (*Journal de Dublin*, Mémoire de Fleming, traduction dans la thèse de M. Beaussenat.)

Obs. X. — Le nommé P*** (Julien), âgé de vingt-trois ans, charpentier, est entré, le 9 novembre 1851, à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Jean, n° 30, dans le service de Gerdy, que je remplaçais à cette époque.

Ce malade, homme vigoureux, raconte que le dimanche soir 7 novembre, il a reçu de violents coups sur le nez, qui ont provoqué une hémorrhagie assez abondante. Il s'est appliqué des compresses trempées d'eau-de-vie camphrée sur le point contus. A son entrée, on constate une tuméfaction de la face, des ecchymoses sous-conjonctivales et sous-cutanées. Il y a gêne de la res-

piration par les fosses nasales; la prononciation est aussi gênée. Point de fièvre ni de céphalalgie. Le nez est très-tuméfié; il est aplati d'avant en arrière. Les bords des ouvertures nasales, surtout celle du côté droit, sont repoussés en dehors. La pression directe sur le nez est douloureuse et détermine la dépression de la cloison d'avant en arrière, comme si elle était fracturée. En examinant les fosses nasales, on aperçoit à droite une tumeur brunâtre située sur la cloison. Cette tumeur, à parois lisses, se prolonge en haut et en arrière. Elle a environ deux centimètres de profondeur; elle est pâteuse au toucher. A gauche, on trouve une tumeur semblable à celle du côté droit; seulement elle a des dimensions moindres. L'une et l'autre de ces tumeurs sont indolentes. L'exploration du fond de la gorge ne fait découvrir rien de particulier. Lorsqu'on comprime une de ces tumeurs, elle s'affaisse, diminue de volume; tandis que celle du côté opposé devient plus grosse.

Le 11 novembre. Incision de la tumeur droite à sa partie la plus déclive. Aussitôt a lieu par l'ouverture l'écoulement d'un sang noir et fluide. En même temps les deux tumeurs s'affaissent, ce qui prouve qu'elles communiquent. La voûte du nez se déprime également.

Une sonde cannelée permet de constater le décollement de la muqueuse jusqu'à la profondeur de trois centimètres et demi, et une solution de continuité du cartilage vers la partie inférieure. Dans la journée du 11, l'écoulement sanguin continue; la pression sur la tumeur de la fosse nasale gauche faisait sortir le sang par l'incision pratiquée sur la tumeur de la fosse nasale droite. Le malade a toujours mangé deux portions.

La respiration est plus facile les jours suivants. L'inflammation et la suppuration se développent dans les cavités ouvertes avec le bistouri. On recommande au malade de renifler dans la journée de l'eau de guimauve.

Enfin, le 20 novembre, l'inflammation est si vive que nous prescrivons vingt sangsues sur le dos du nez et des cataplasmes émollients. Sous l'influence de ce traitement, l'inflammation s'est calmée. Le malade va très-bien, mais la membrane muqueuse reste soulevée, rugueuse, dure et brunâtre. Le nez est aplati. On distingue facilement avec le doigt la saillie du bord inférieur des os propres du nez. Nous constatons aussi que les cartilages latéraux ne tiennent plus à leur bord inférieur.

Les jours suivants, la suppuration continue.

Le 10 décembre, la guérison est complète; cependant il existe toujours une dépression au-dessous des os propres du nez.

Obs. XI. — Le nommé D*** (Henri), dix-huit ans, imprimeur sur papiers peints, est entré, le 8 août 1864, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Christophe, n° 11.

Le 9 août. Ce malade raconte que, le jeudi 4 août, en s'amusant sur les bords d'un bateau avec ses camarades, il est tombé sur des pièces de bois. Dans cette chute, son nez a été violemment contus; aussitôt après, hémorrhagie nasale assez abon-

dante; moins d'une heure après, gêne de la respiration et violent mal de tête. Espérant que cette incommodité disparaîtrait d'elle-même, D*** n'a consulté aucun médecin et s'est contenté d'appliquer sur la région malade des cataplasmes de farine de graine de lin. Le vendredi il a beaucoup souffert; enfin, voyant que son état ne s'améliorait pas, que la gêne de la respiration persistait, il est venu à la consultation pour demander un lit dans nos salles.

A son arrivée, on constate que le nez est gonflé; qu'il existe à gauche une ecchymose sous-conjonctivale; que la voix est nasonnée et la respiration par les narines difficile. La pression sur le nez est douloureuse. En examinant l'intérieur des narines, on aperçoit deux tumeurs situées de chaque côté de la cloison. Ces tumeurs sont molles, tendues, fluctuantes. Quand on exerce une pression sur l'une d'elles, elle s'affaisse un peu, tandis que l'autre grossit et se tend. Une incision est pratiquée avec le bistouri sur chacune d'elles: issue d'un liquide mêlé de sang et de pus. Un stylet introduit dans l'une des incisions rencontre sur la cloison cartilagineuse une solution de continuité qui lui permet de venir se montrer dans la narine du côté opposé.

Après cette opération, D*** se sent beaucoup mieux, la respiration par les fosses nasales est plus libre et le timbre de la voix est moins nasonné. Deux portions.

Le 11. Une matière séro-sanguinolente s'écoule entre les lèvres de chaque incision. La voix est encore nasonnée. La respiration est si libre, que, le malade se croyant désormais guéri de cet accident, demande sa sortie. Le nez ne présente aucune déformation, l'*exeat* est accordé, avec recommandation à D***. de venir nous voir à la consultation.

La neuvième observation est très-probante, par cela seul que le blessé a été examiné par Fleming le lendemain de sa contusion. Un coup violent porté sur le nez, l'obstruction rapide des fosses nasales pendant la nuit qui suivit l'accident, la démonstration d'une solution de continuité du cartilage de la cloison, que donne la communication des deux tumeurs sanguines, ces tumeurs se gonflant alternativement selon que le chirurgien comprimait avec le doigt celle du côté droit ou celle du côté gauche, voilà un ensemble de faits qui rendent évidente la succession des particularités suivantes : solution de continuité du cartilage de la cloison, décollement de la membrane muqueuse pituitaire, épanchement de sang entre cette muqueuse et le cartilage fracturé. Comme dans l'une des observations de fracture simple que nous avons relatées plus haut, la dixième, indépendamment des caractères communs à la fracture des autres blessés, nous montre la dépression de la ligne dorsale du nez à l'union des portions cartilagineuse et osseuse, dépression qui a persité après la guérison. Le décollement de la

membrane muqueuse a été prouvé au moyen de l'introduction d'un stylet qui a glissé entre cette membrane et le cartilage. La onzième enfin nous fait connaître le blessé au cinquième jour, après un coup violent porté sur le nez ; on voit qu'un peu de pus était déjà mêlé au sang.

Quant aux tumeurs purulentes qui ont compliqué les fractures du cartilage de la cloison, elles ne se sont développées que parce que les blessés, persuadés qu'ils pourraient guérir sans les conseils du chirurgien, ne sont venus le trouver que quelque temps après l'accident. C'est d'ailleurs ce que démontrent presque toutes les observations qui ont été publiées.

Nous ne ferons que mentionner les deux observations de tumeurs purulentes des narines, qui ont été publiées les premières, et qui sont dues à M. Arnal, interne, en 1830, de M. J. Cloquet (*Journal hebdomadaire*, 1830, t. VII, p. 544). Elles ne se rattachent pas à notre sujet, parce qu'il n'y est pas fait mention de violences extérieures sur le nez, comme cause des abcès de la cloison.

Il n'en est pas de même de deux autres que fit connaître plus tard Bérard (Auguste), trois ans après le mémoire de Fleming, et qui sont très-explicites à cet égard.

Obs. XII. — « Le premier malade, dit A. Bérard (*Arch. gén. de Méd.*, 1837, 3e série, t. XIII, p. 408), nommé C***, âgé de dix-huit ans, maçon, avait reçu quelques coups de poing sur le visage. L'un, entre autres, avait été assez fortement asséné sur le nez. Il en résulta de suite une douleur vive, avec écoulement de sang. La douleur diminua peu à peu et disparut presque complétement le lendemain. Deux jours après, la douleur reparut dans le nez, offrant un autre caractère : elle était tensive et accompagnée de battements. Cette partie se tuméfia et devint d'un rouge assez vif. En même temps, des tumeurs se formèrent dans les fosses nasales ; elles acquirent bientôt un volume assez considérable pour gêner le passage de l'air. C'est à ce moment que le malade entra dans mon service, le 19 novembre 1836, douze jours après avoir reçu la blessure....

« Une ponction avec le bistouri étant faite sur l'une des tumeurs, celle du côté gauche, il en jaillit aussitôt une grande quantité de matière séro-purulente. A mesure que le liquide coulait au dehors, l'une et l'autre poche s'affaissaient, et toutes deux finirent par ne former qu'une légère saillie sur les côtés de la cloison... »

Obs. XIII. — Ainsi, dans cette dernière observation, ce n'est que douze jours après l'accident que le blessé est allé trouver le chirurgien. Dans une autre, on voit que le nommé E***, âgé de vingt ans, qui avait, lui aussi, reçu un violent coup de poing sur le nez dans une rixe, le 1er janvier 1836, s'était aperçu, huit jours

après, de la formation de tumeurs à l'entrée des narines, et n'était allé à l'hôpital que le quatorzième jour.

Obs. XIV. — Une observation de M. Maisonneuve, imprimée dans la *Gazette des Hôpitaux* (1841, p. 59), nous fait connaître une tumeur purulente des narines chez le nommé B***, âgé de vingt-huit ans, qui, après s'être heurté violemment le front contre le manteau d'une cheminée, le 5 septembre 1840, ne se présenta à la consultation de l'hôpital Saint-Louis que le 27 septembre, c'est-à-dire vingt-deux jours après l'accident.

La lecture des observations qui sont réunies dans ce travail permet d'établir les conclusions suivantes :

I. Un coup violent porté sur le nez peut déterminer une solution de continuité du cartilage de la cloison des fosses nasales et même rompre les adhérences fibreuses qui fixent les cartilages latéraux au bord inférieur des os nasaux, comme les observations IV, X en donnent des exemples.

II. La fracture du cartilage de la cloison peut guérir sans complication consécutive. (Obs. I, II, III.)

III. Les symptômes de cette fracture, quand elle est simple, sont les suivants : hémorrhagie nasale au moment de l'accident, hémorrhagie qui s'arrête spontanément, puis tuméfaction et rougeur légères des téguments du nez ; douleur dans la région contuse ; mobilité anormale de la portion cartilagineuse dans sa totalité ; crépitation qui ressemble à un claquement quand on porte alternativement à droite et à gauche cette portion saisie entre le pouce d'une part et d'autre part l'indicateur et le médius ; douleur constante et vive sous la pression du doigt qui appuie immédiatement au-dessous des os propres du nez ; en même temps, aplatissement de la portion cartilagineuse, et, pour le chirurgien, sensation d'un défaut de résistance du cartilage de la cloison; dans quelques cas, existence de cet aplatissement sans pression aucune et sa persistance même après la guérison (obs. V, VI, X) ; dans les premiers jours qui suivent l'accident, voix un peu nasonnée; une fois (obs. III) le doigt, introduit dans la fosse nasale droite, a constaté un déplacement du fragment inférieur à gauche.

IV. Cette fracture est sans gravité; le seul inconvénient qui puisse en résulter est une incurvation à concavité antérieure de la ligne dorsale du nez, ou une déviation sur le côté. (Obs. III.)

V. La fracture du cartilage de la cloison peut être compliquée de plaie sur le dos du nez et d'épanchement sanguin ou d'abcès de la cloison.

VI. La solution de continuité cutanée devient fistuleuse, et le sang ou le pus des tumeurs de la cloison se fait jour au dehors par l'ouverture accidentelle du dos du nez.

VII. Le pus qui en sort est, relativement à la quantité, dans une disproportion notable avec l'étendue de la plaie.

VIII. On le fait sourdre en comprimant les parties latérales du nez entre le pouce et l'indicateur. On conçoit que, la même manœuvre s'opérant dans l'action de se moucher, le pus sorte avec d'autant plus de facilité, que les gaz enfermés dans les fosses nasales acquièrent pendant l'effort une force élastique qui comprime les parois de dedans en dehors.

IX. Un stylet introduit dans l'orifice fistuleux pénètre dans l'épaisseur de la cloison, et parcourt la cavité de l'abcès qui est limité en dedans par le cartilage, en dehors par la muqueuse décollée.

X. Les deux abcès, communiquant l'un avec l'autre à travers la solution de continuité du cartilage, peuvent être pris dans leur ensemble pour un seul abcès eu boutons de chemise.

XI. La plaie ou la fistule du dos du nez guérit le plus souvent avec rapidité, dès que le chirurgien a ouvert une issue au pus par une contr'ouverture à la partie la plus déclive des tumeurs purulentes de la cloison.

XII. Si l'on introduit un stylet par l'incision pratiquée à la partie la plus déclive de l'abcès, on constate le décollement de la membrane muqueuse, et sur la cloison une ouverture qui permet à l'instrument de passer d'une cavité nasale dans celle du côté opposé. (Obs. IV, V, VI, VIII, IX, XI.)

XIII. Les fractures du cartilage de la cloison des fosses nasales peuvent se compliquer ultérieurement de tumeurs sanguines ou purulentes, sans communication de la cavité morbide avec l'extérieur, c'est-à-dire sans plaie ou fistule sur le dos du nez.

XIV. La tumeur sanguine se développe peu de temps après l'accident, et donne lieu à une gêne plus ou moins grande de la respiration; si une ponction est pratiquée de bonne heure par le chirurgien, le sang épanché s'écoule mêlé de caillots noirâtres, et, les jours suivants, est remplacé par de la sérosité sanguinolente, et enfin de la sérosité presque entièrement transparente.

XV. Si, au contraire, la tumeur sanguine n'a pas été assez développée pour empêcher complétement le passage de l'air par les narines dans l'acte de la respiration, auquel cas le malade n'a pas demandé les secours de l'art, il se développe, du cinquième ou sixième jour à un mois, de la céphalalgie, les téguments du nez se gonflent,

deviennent rouges, œdématiés. La partie inférieure et médiane du front est bientôt envahie. Sous l'influence de ce travail inflammatoire, les tumeurs des narines, devenues plus volumineuses, obstruent complétement les cavités nasales. Le malade se présente alors au chirurgien, qui reconnaît bientôt les tumeurs purulentes de la cloison, si bien décrites par J. Cloquet et Arnal, Fleming et A. Bérard, qui les ont considérées comme une maladie particulière, tandis que nous croyons être autorisé à déclarer qu'elles sont une complication de la fracture.

XVI. Les mêmes phénomènes se développent dans le cas où existe sur le dos du nez une plaie en communication avec les tumeurs sanguines, parce que le blessé a beau expulser du sang par cet orifice en comprimant la portion cartilagineuse dans l'action de se moucher, il en reste toujours une certaine quantité dans la partie la plus déclive du décollement de la membrane muqueuse. Pour que l'abcès fût prévenu, il faudrait que le malade consultât assez tôt le chirurgien, qui doit, dès que la lésion est constatée, faire une contr'ouverture de chaque côté de la cloison.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Sur les pommades officinales inscrites au Codex.

L'axonge, graisse ou saindoux retiré de la panne du porc, est la base de presque toutes les pommades magistrales et officinales employées dans la thérapeutique ; mais cette substance rancit promptement, ce qui change très-souvent la nature des médicaments. Pour obvier à cet inconvénient, le nouveaux Codex a adopté la proposition de Deschamps, qui consiste à benzoïner l'excipient ; pour cela, on opère de la manière suivante :

Benjoin concassé	1 partie.
Axonge	25 parties.

On chauffe ces deux substances pendant trois heures dans un bain-marie ; on passe à travers un linge, on agite jusqu'à complet refroidissement. A défaut de benjoin, on peut utiliser le baume de Tolu qui a servi à préparer le sirop de ce nom.

Les pommades de carbonate de plomb, d'iodure de plomb, d'iodure de potassium ioduré, de proto-iodure de mercure, la

pommade mercurielle à parties égales ou faible, la pommade soufrée, stibiée et antipsorique, doivent être faites avec de l'axonge benzoïnée ; mais comme certains malades ont une très grande répugnance pour toutes espèces de parfums, le médecin devra spécifier dans sa formule s'il entend ou non que le pharmacien emploie une axonge benzoïnée ; il évitera des récriminations qu'il est toujours convenable de prévoir. Il est du devoir du pharmacien de ne préparer à l'avance qu'une petite quantité d'axonge, de la couler encore chaude dans les pots et de la conserver bien bouchée dans un lieu frais ; on doit procéder de même pour celle qui est benzoïnée.

Glycérés.

Le nouveau Codex donne le nom de *glycérés* à des médicaments qui ont pour base la glycérine ou le glycéré d'amidon.

Les glycérolés, comme on les appelait il y a quelques mois, peuvent revêtir un grand nombre de formes pharmaceutiques et magistrales, et être employés aux mêmes usages que les liniments, les pommades, les collyres, les collutoires, etc.

Les doses du glycéré d'amidon sont les suivantes :

Amidon pulvérisé........................	10 grammes.
Glycérine...............................	150 —

Mélangez les deux substances ; faites-les chauffer dans une capsule de porcelaine à une chaleur ménagée, en remuant continuellement avec une spatule, jusqu'à ce que la masse soit prise en gelée.

Le glycéré d'amidon sert à mêler les substances actives qu'on désire faire absorber à la peau, telles que tannin, goudron, extrait de belladone, extrait d'opium, de ciguë, iode, iodure de potassium, soufre ; le médecin varie les doses des substances selon le besoin, ou alors il spécifie qu'on suivra la formule du Codex.

La glycérine est-elle absorbée par la peau ? Cette question a été vivement agitée par les pharmacologues et les thérapeutistes. Est-il préférable d'employer l'axonge ou les huiles fixes comme excipient des pommades ou des liniments ? Le *Bulletin* ne doit pas se prononcer, c'est au médecin praticien de choisir.

Stanislas Martin.

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons de clinique chirurgicale professées à l'Hôtel-Dieu de Paris par M. Dolbeau, suppléant de M. Jobert (de Lamballe).

M. Dolbeau, professeur agrégé de la Faculté, appelé à suppléer M. Jobert (de Lamballe) dans sa chaire de l'Hôtel-Dieu, a eu l'heureuse idée de réunir en un volume les leçons qu'il a faites aux nombreux élèves empressés à suivre sa clinique. Groupant ses leçons par ordre de matières, il en a formé sept chapitres :

1° Maladies des yeux ; 2° affections du crâne et de la colonne vertébrale ; 3° maladies du tube digestif ; 4° tumeurs de l'abdomen ; 5° maladies des organes génitaux ; 6° maladies des organes urinaires ; 7° maladies chirurgicales des membres.

Ce que M. Dolbeau a surtout voulu enseigner aux élèves, c'est le diagnostic et le traitement. Il a évité soigneusement de faire un cours de pathologie, en sorte que son livre n'est pas une compilation ou une réduction, mais un livre original appartenant bien à l'auteur.

Je signalerai spécialement aux lecteurs du *Bulletin* quelques points de thérapeutique. Les deux chapitres qui m'ont le plus vivement intéressé sont le chapitre IV, relatif aux tumeurs de l'abdomen, et le chapitre VI, où se trouvent relatées quelques maladies des organes urinaires. C'est là, ce nous semble, qu'apparaissent dans tout leur jour les qualités qui distinguent notre collègue, la clarté, la précision, la rectitude du jugement.

Dans le chapitre V, M. Dolbeau s'est occupé du traitement des kystes de l'ovaire et des kystes du foie. Sans vouloir poser les indications et les contre-indications de l'ovariotomie en général, l'auteur a fourni des faits qui peuvent contribuer à résoudre ce difficile problème de la thérapeutique.

Dans deux cas, une simple ponction sans injection iodée a suffi pour débarrasser complétement les malades.

Une Italienne de trente et un ans, affectée d'un kyste de l'ovaire droit, éprouvait, malgré le petit volume de la tumeur, une gêne notable de la respiration avec une grande pesanteur dans le bas-ventre. La ponction fit sortir trois litres d'un liquide transparent, clair, limpide, et, cinq mois après, la guérison se maintenait complète. On ne saurait toutefois affirmer qu'elle sera définitive.

Une autre jeune fille de vingt-cinq ans présentait un kyste volumineux. La ponction était devenue indispensable ; quatorze litres d'un

liquide limpide, un peu sanguinolent, furent retirés, et M. Dolbeau ne fit pas d'injection iodée, en raison de l'étendue de la poche. Peu à peu il sentit les parois du kyste se rétracter, la peau de l'abdomen devint plus ferme, toute trace de tumeur disparut. Cet état persistait encore trois mois et demi après la ponction. Ces deux malades sont-elles à tout jamais guéries ? Il est permis, il est même rationnel d'en douter ; cependant, si l'on songe que le liquide peut mettre un long temps à se reproduire, que l'opération de la ponction simple est des plus bénignes, on en conclura que c'est par là qu'il faut toujours commencer le traitement des kystes de l'ovaire.

M. Dolbeau a obtenu un succès remarquable dans un troisième cas, beaucoup plus grave que les précédents.

Il s'agit d'une femme de trente-deux ans, atteinte d'un kyste de l'ovaire, contenant un liquide visqueux et filant. Après plusieurs ponctions avec injection iodée, la partie s'est enflammée, a suppuré, en même temps qu'ont apparu des phénomènes d'infection putride. Du pus s'écoulait par une plaie du trocart, devenue fistuleuse. M. Dolbeau eut d'abord recours à une grosse canule à demeure, par laquelle il fit des lavages répétés. Mais cela ne suffisait pas. Il se décida alors à pratiquer l'incision à ciel ouvert de la paroi antérieure du kyste dans l'étendue de quatre centimètres. A partir de ce moment, les accidents ont peu à peu diminué, la cavité de la poche s'est rétrécie, et un mois après la guérison était complète. On ne saurait trop louer M. Dolbeau de la conduite sage, quoique hardie, qu'il a tenue en cette circonstance. Tout ce chapitre de son livre est très-instructif.

Une autre leçon est consacrée au diagnostic du traitement des kystes du foie. Après avoir très-judicieusement formulé le diagnostic et justifié dans ces cas l'intervention chirurgicale, M. Dolbeau expose les moyens auxquels il peut avoir recours. La ponction simple, la ponction suivie d'injection iodée, l'incision, qui sont des méthodes inefficaces ou dangereuses. L'ouverture de la poche, par la méthode de la cautérisation, due à Récamier, qui a pour but d'établir préalablement les adhérences entre le kyste et la paroi abdominale, est un des meilleurs moyens que nous ayons à notre disposition, tout en reconnaissant qu'il expose à de grands dangers. Pour obtenir le même résultat, à savoir l'adhérence de la poche à la paroi abdominale, M. Trousseau, on le sait, a eu recours à l'acupuncture, pensant éviter ainsi les accidents de la cautérisation; M. Dolbeau pria donc son collègue de l'Hôtel-Dieu de pratiquer lui-même son procédé opératoire.

Au niveau de la partie la plus saillante de la tumeur, quarante-cinq aiguilles ont été enfoncées vers le kyste, à un millimètre de distance les unes des autres. Chacune de ces aiguilles était longue de cinq centimètres et portait une large tête, afin de ne pouvoir pénétrer dans la cavité abdominale. Par leur ensemble, elles recouvraient une surface d'environ quatre centimètres carrés; à ce niveau, la peau se trouvait déprimée notablement et semblait se porter du côté du kyste. L'opération a été peu douloureuse. Les aiguilles sont restées en place jusqu'au cinquième jour; pendant ce temps, on a vu apparaître sur la peau, autour de chacune d'elles, une petite auréole rouge et inflammatoire s'étendant souvent de l'une à l'autre. On pouvait donc espérer que des adhérences allaient s'établir entre le kyste et la paroi; mais M. Dolbeau constata une mobilité de la paroi abdominale qui excluait l'idée d'une adhérence intime, aussi crut-il devoir recourir à la cautérisation avec la pâte de Vienne d'abord et le caustique de Canquoin ensuite.

M. Dolbeau a fait connaître à ce propos à ses auditeurs l'action désinfectante du liquide biliaire lorsqu'un des conduits de la bile s'ouvre accidentellement dans la cavité du kyste, ce qui a conduit l'auteur à proposer l'injection de la bile dans les kystes du foie pour prévenir la putridité. Je ne crois pas, du reste, qu'il ait souvent eu recours à ce moyen.

M. Dolbeau a fait plusieurs leçons sur un sujet qu'il affectionne particulièrement, la contracture spasmodique de l'urètre. Il professe à cet égard des idées qui lui sont propres. Il admet une contracture idiopathique, une *crampe* de l'urètre, qui se développe sans cause connue, est d'abord intermittente, puis devient permanente, parce qu'à la contracture succède la rétraction des fibres musculaires. Il en résulte donc un rétrécissement qui n'est ni inflammatoire, ni fibreux, mais *fonctionnel.* Surviennent alors des désordres graves du côté de la vessie et des reins, et les malades succombent fatalement sept ou huit années après le début de la contracture. La femme ne serait pas exempte de cette affection que, d'après M. Dolbeau, on a confondue jusqu'à ce jour avec la cystite du col, cystite chronique, névralgie de l'urètre, rétrécissement primitif de l'urètre.

Le seul traitement rationnel, selon l'auteur, est la section du plan musculaire contracturé, soit de dedans en dehors, ou, mieux, de de dehors en dedans, chez l'homme, et la dilatation de l'urètre chez la femme. Je voudrais bien pouvoir accepter la manière de voir de notre habile et ingénieux collègue, mais j'avoue qu'il ne m'a pas convaincu. La question est nettement posée, nous devons

chercher à l'éclairer et à la résoudre, mais ce n'est pour moi jusqu'alors qu'une hypothèse, et je dirai même une hypothèse moins satisfaisante que la théorie du rétrécissement de l'urèthre. Quoi qu'il en soit, M. Dolbeau a eu le mérite, dans ces différents articles, de démontrer d'une manière limpide l'influence des lésions urétrales sur la vessie et le rein. Je dois signaler au lecteur le chapitre sur la fièvre urineuse.

S'occupant ensuite des rétrécissements de l'urètbre, M. Dolbeau insiste sur la nécessité de pratiquer la dilatation avec les bougies et de n'avoir recours qu'exceptionnellement à l'instrument tranchant. Après l'uréthrotomie, dit l'auteur, il faut toujours laisser en permanence, pendant vingt-quatre heures, une grosse sonde de gomme. Puis on attend une semaine, et alors on peut poursuivre, avec les bougies d'étain, la dilatation de l'urètre; l'incision n'a servi qu'à débrider l'obstacle et, par conséquent, à favoriser le cathétérisme.

Le livre de M. Dolbeau se recommande par une grande clarté, une grande méthode dans l'exposition, et, après l'avoir lu, on se rend compte aisément du grand et légitime succès qu'a valu au jeune professeur la suppléance de Jobert (de Lamballe) à l'Hôtel-Dieu.

D[r] Tillaux,
Agrégé de la Faculté.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Sur quelques accidents dus aux préparations mercurielles appliquées sur la peau. — Pour répondre à quelques objections qui m'ont été faites à la *Société de Thérapeutique*, j'ai voulu m'assurer par quelques expériences directes de la possibilité qu'il y aurait de produire dans les circonstances que j'ai signalées une vésication extemporanée chez quelques malades de l'Hôtel-Dieu, chez lesquels l'application de vésicatoires était indiquée :

1° L'action de l'iodure de potassium sur l'onguent napolitain a été essayée sur un jeune sujet atteint de tuberculisation à marche rapide. Une onction d'onguent napolitain a été faite sous les deux clavicules pendant deux jours de suite ; le troisième, on a ajouté la pommade iodurée ; rien ne s'est produit. Ainsi, le phénomène ne se produit pas sur toutes les peaux, ni sur toutes les régions du corps, car si la peau du sujet était assez fine, cependant elle était parfaitement saine et ne présentait aucun pli ; ce qui la différencie complétement de ce que l'on observe au scrotum.

J'ajouterai que les deux pommades étaient rancies et que leur *rancité* n'a pas déterminé davantage la réaction.

2° L'action du bain sulfureux sur le deuto-iodure de mercure a été répétée chez trois sujets :

1° Chez un malade atteint de rhumatisme chronique, dont les jointures étaient depuis longtemps soumises à des badigeonnages de teinture d'iode, rien ne s'est produit ; mais la peau était préalablement tannée d'une façon assez énergique ;

2° Chez deux phthisiques, à peau très-fine, des onctions d'une pommade contenant 25 centigrammes de deuto-iodure de mercure et autant d'iodure de potassium, furent faites pendant deux ou trois jours et déterminèrent chez eux une inflammation assez vive de la peau (rougeur et quelques petites phlyctènes séro-purulentes), qu'on laissa calmer pendant deux jours consécutifs. On réappliqua la pommade sur un espace grand comme une pièce de cinq francs, et l'on donna un bain sulfureux, prévenant les malades que si la douleur était trop vive, ils pouvaient sortir de l'eau. L'un d'eux seulement ressentit une cuisson, mais très-supportable. Il n'y eut pas de vésication ; mais l'épiderme fut froncé, desséché au point de s'enlever le lendemain par lambeaux ; de plus, il était imprégné de sulfure de mercure d'une nuance brun orangé.

En somme, les faits cliniques que nous avons mentionnés subsistant dans toute leur réalité, il faut conclure :

La réaction des composés de mercure et d'iode produit des phénomènes de cuisson douloureuse et de vésication sur certaines régions de la peau (scrotum, paupières, conjonctive) ; mais peut-être un contact assez prolongé de l'un des composés sur la peau, peut-être un état pathologique préalable de celle-ci était nécessaire. Les peaux saines, sans pli, et les peaux rugueuses y paraissent réfractaires. L'influence de la rancité des pommades, de l'oxydation du mercure ou de l'iode restant en liberté, demande à être encore étudiée.

L'action du bain sulfureux sur la peau enduite d'une pommade au deuto-iodure de mercure produit le plus souvent de la cuisson, la mortification de l'épiderme, et quelquefois une vésication très-douloureuse.

Dr Isambert,
Médecin des hôpitaux.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

De l'emploi de la digitale dans le traitement de la manie. La digitale n'a pas réellement un pouvoir curatif dans l'aliénation mentale, mais c'est un remarquable calmant de l'excitation, et, grâce à elle, une maison de bruit et de tumulte peut être transformée en un milieu relativement paisible ; elle procure ainsi un des *desiderata* les plus nécessaires pour le traitement de la folie. Le docteur Robertson explique cette action de la digitale dans la parésie et probablement dans la manie, par sa tendance « à calmer le pouls, et ainsi, selon toute apparence, à mieux favoriser l'apport du sang au cerveau : ce qui combat la prédisposition à une effusion séreuse, conséquence de l'inflammation qui suit sa marche. » Dans la manie chronique et l'épilepsie, le calme qui suit l'administration de la digitale serait dû simplement à la diminution de l'action du cœur, ce qui modère l'afflux du sang au cerveau, d'où moins de matériaux pour entretenir l'excitation. En effet, la digitale n'a été efficace que lorsque le pouls a été influencé.

Il ne faut pas croire que les constitutions fortes et robustes puissent seules supporter la digitale ; les individus affaiblis par la maladie ou épuisés par l'agitation la supportent le mieux en général. C'est ce que l'expérience a prouvé chez des femmes presque mourantes à la suite d'hémorrhagies puerpérales. Il faut donc admettre que la digitale est un stimulant de l'action du cœur, mais que si cette action est portée trop loin, elle se traduit par un spasme tonique, dû à la stimulation excessive; par conséquent, il faudra donner une plus grande quantité de digitale pour obtenir cet état tonique sur un cœur affaibli par l'épuisement. Le docteur Lister a constaté que si l'on irrite le nerf pneumogastrique chez un sujet dont la constitution est faible, il faudra une stimulation galvanique plus intense que chez un sujet plus robuste, pour activer l'action du cœur et ensuite l'affaiblir.

Le docteur Robertson a administré la teinture de digitale à des doses élevées, un demi-gros à un gros, trois ou quatre fois par jour (ce qui équivaut à 1, à 2 grammes, trois ou quatre fois par jour, la teinture anglaise étant moitié moins chargée, environ, que la teinture française). Le malade peut paraître plus excité pendant les premières heures, mais, en persévérant, on voit bientôt l'excitation baisser et le pouls devenir intermittent. Cette intermittence ne se manifeste souvent qu'une fois par six battements ; d'autres fois, elle est plus fréquente. Dès qu'elle survient, il faut suspendre la digitale jusqu'à ce que le cœur revienne à son rhythme normal. Cette période varie suivant les diverses constitutions ; chez quelques personnes, cette modification de la circulation peut durer quelques jours ; chez d'autres, quelques heures seulement.

Certains malades, mais en petit nombre, se trouvent mieux de petites doses, dix gouttes (cinq pour nous), trois fois par jour, durant plusieurs mois ; mais, comme règle générale, il semble convenable, excepté dans le cas d'épilepsie, de donner la digitale pendant la durée de l'agitation, et d'en tenir l'action en réserve jusqu'au moment où l'agitation devient imminente.

Il paraît, du reste, que la digitale aurait la propriété de prévenir les attaques.

Enfin, lorsque le médicament a cessé d'agir ou qu'il a amené certains dérangements, on se trouvera bien de la préparation suivante :

Teinture de digitale.	12 à 25 gouttes.
Morphine.........	20 milligramm.
Acide hydrocyaniq.	5 gouttes.
Ether............	30 gouttes.

Pour une potion à prendre en deux fois. (*Ann. médico-psychologiques.*)

Nouveau cas de tétanos guéri par l'ammoniaque à haute dose. Voici un nouveau fait à ajouter à ceux que nous avons déjà publiés. Le docteur Cherbonnier a eu à soigner, dans le cours de sa pratique, sept malades de tétanos traumatique ; tous sont morts. Le traitement employé a varié : saignées, opium, sulfate de quinine, purgatifs, etc., etc. Ces jours derniers, il a réussi avec l'ammonia-

que élevé à la dose de 18 à 20 grammes, sans employer aucun autre médicament.

Le 3 février dernier, un manouvrier, âgé de cinquante ans, étant dans un état d'ivresse complète, tombe sur un escalier et se fait à la tête une blessure de 3 centimètres à la partie supérieure de la région occipito-pariétale. Les jours suivants, il se remet à son travail, mais est forcé de l'interrompre le 13. Le 15, il est dans l'état suivant : Impossibilité d'ouvrir la bouche; le cou est rigide et on soulève le malade tout d'une pièce. Anxiété très-grande et menace d'asphyxie. Notre confrère prescrit, toutes les demi-heures, six à sept gouttes d'ammoniaque liquide dans une tisane de violette et dit au malade que sa vie dépend de l'exacte administration du remède.

Le lendemain, après une diaphorèse abondante, le malade se trouve soulagé. Ses crampes, dit-il, ne reviennent plus qu'à quatre ou cinq minutes d'intervalle.

Le troisième jour, l'amélioration est plus marquée.

Le quatrième jour, les sueurs diminuent. Le malade ouvre la bouche, de manière à y passer son doigt. Ses crises ne reviennent que toutes les demi-heures. Le remède est toujours continué à la même dose.

Le cinquième jour, R*** commence à se lever.

Le sixième jour, il se promène, il boit et mange comme à son ordinaire.

Le septième jour, il dit qu'il n'est plus malade. Tout traitement est cessé. Il n'y a pas eu de délire ni de fièvre. (*Gaz. des Hôp.*, 1867, nº 70.)

Traitement des névralgies par l'éther pulvérisé. Depuis plusieurs années, on fait usage, en médecine, des applications d'éther ou de chloroforme pour calmer certaines douleurs névropathiques; et si, pendant un certain temps, on a pu accorder à ces substances une action locale stupéfiante, on est d'accord aujourd'hui pour rattacher les modifications de la sensibilité qu'elles produisent dans ces cas, uniquement à la réfrigération. Mais ces applications sont souvent sans effet, et cela se conçoit facilement, car une foule de causes peuvent diminuer leur action réfrigérante et même l'empêcher complètement de se produire.

A cette méthode incertaine on ne pouvait manquer de substituer la pulvérisation de l'éther, qui agit de la même manière et dont l'action peut, de plus, être graduée suivant les indications.

La presse médicale a déjà enregistré des cas de névralgie et de lumbago traités avec succès par l'éther pulvérisé. M. Lubelski, médecin à l'hospice de l'Enfant-Jésus, à Varsovie, a même pu guérir une petite fille de sept ans, atteinte d'une chorée très-prononcée, en lui pulvérisant de l'éther le long du rachis.

Les premiers essais, en médecine, de cette nouvelle méthode sont donc fort encourageants, et l'absence de dangers inhérents à son emploi ne peut qu'engager les praticiens à en multiplier les applications.

Il résulte des expériences faites par M. Horand dans ce sens que l'éther pulvérisé est un excellent moyen pour calmer les douleurs localisées, et que le soulagement en est immédiat ; mais il résulte aussi de ces mêmes expériences que les effets obtenus peuvent n'être que momentanés et les douleurs reparaître peu de temps après la pulvérisation de l'éther.

A l'appui de cette opinion, il nous serait facile de fournir plusieurs observations ; mais les deux faits suivants nous semblent suffisants.

Le premier se rapporte à un malade entré dans le service de M. Gailleton pour une névralgie du canal de l'urèthre et qui fut traité par l'éther pulvérisé. La pulvérisation fut faite sur le trajet du canal, jusqu'à la production de la coloration blanche de la peau. Après chaque séance, ce malade éprouvait un soulagement de quelques heures, mais les douleurs reparaissaient ensuite avec la même intensité. Il sortit de l'hospice non guéri.

Le second fait est relatif à une jeune fille atteinte d'une gastralgie avec vomissements alimentaires. Après avoir vainement épuisé la série des moyens usités en pareil cas, M. Horand eut recours à la pulvérisation de l'éther sur la région épigastrique. Cette pulvérisation, bornée à une petite étendue, et prolongée jusqu'à la production de la coloration blanche de la peau, n'avait d'autre inconvénient que de déterminer un sentiment d'angoisse, du reste de courte durée. Faite loin des repas, elle ne produisait aucun résultat, tandis que, appliquée une heure auparavant, elle permettait à la malade de garder les aliments, sinon en totalité, au moins en grande partie. Ce résultat nous faisait espérer une modification

heureuse de l'état de notre malade; mais, le jour où nous suspendîmes l'usage de l'éther pulvérisé, les vomissements reparurent comme avant l'emploi de ce moyen. (*Journal de médecine de Lyon*, juin 1867.)

De la pulvérisation de l'éther appliquée à l'épilation. Il est une application de la pulvérisation de l'éther que nous désirons faire connaître, dit M. Horand, car son efficacité ne s'est jamais démentie dans les nombreux essais faits dans le service de M. Gailleton.

Il s'agit d'utiliser ce moyen pour épargner aux malades les douleurs de l'épilation. *A l'aide de l'anesthésie locale produite par l'éther pulvérisé, nous avons pu épiler sans douleur des malades atteints de favus, de sycosis et d'impétigo de la barbe.* Parmi ces malades, il est une jeune fille placée dans le service de M. Dron, chirurgien en chef désigné de l'Antiquaille, qui n'avait jamais voulu se laisser épiler, et acceptait très-bien cette petite opération pourvu que l'on fît usage de l'éther pulvérisé.

La coloration blanche qui indique que la sensibilité est éteinte se produit facilement soit sur le cuir chevelu, soit sur les joues et les lèvres. Seulement il faut avoir la précaution de couper préalablement les cheveux ou les poils, afin que l'éther puisse arriver directement au contact de la peau.

Lorsque cette coloration se manifeste, on projette l'éther sur un point voisin et pendant ce temps on épile la région anesthésiée.

Cette opération n'est ni douloureuse, ni suivie de réaction inflammatoire. Les jours suivants, on trouve au niveau des points épilés de petites pustules, comme cela s'observe toujours à la suite de l'épilation ordinaire.

Une question toute naturelle se présente ici, c'est de savoir si la pulvérisation de l'éther, tout en facilitant l'épilation, n'a pas une action favorable sur la destruction du parasite. Ainsi se trouveraient conciliées les deux opinions qui ont cours dans la science relativement à l'épilation, jugée nécessaire par quelques spécialistes, et considérée comme inutile par d'autres.

Les expériences ne sont pas assez complètes pour permettre de conclure à cet égard, seulement on peut dire que l'épilation, faite de la sorte, a produit de bons résultats et qu'elle a donné à elle seule des guérisons dans des cas où l'affection était de nature parasitaire. (*Journ. de méd. de Lyon*, juin 1867.)

Suppuration aiguë de l'articulation du genou, suite de plaie par instrument piquant; large débridement; guérison Le 1er avril 1867, entre à l'hôpital Saint-Barthélemy, dans le service de M. Coote, une jeune fille de quatorze ans, de faible constitution, qui s'était enfoncé, dix jours auparavant, une forte épingle dans le genou droit, laquelle avait pénétré de toute sa longueur, au niveau de la synoviale. Le corps étranger avait été retiré et d'abord il n'y avait eu en apparence aucune conséquence fâcheuse. Mais, le lendemain, ayant dû faire un travail qui exigeait qu'elle se plaçât sur ses genoux, la jeune fille éprouva de la douleur dans la partie blessée, douleur qui augmenta le jour suivant par le fait de la même espèce de fatigue, et qui devint telle que l'admission à l'hôpital dut être demandée.

Le membre était fortement tuméfié; il y avait de la suppuration autour du genou droit, et la cavité articulaire était distendue par un liquide que M. Coote regarda comme étant du pus suivant toute probabilité. Trois incisions n'intéressant pas la synoviale, cataplasmes, vin, bouillon, toniques analeptiques et médicamenteux. Peu de soulagement à la suite; les symptômes généraux s'aggravèrent même, ainsi que les symptômes locaux : douleur, tuméfaction qui gagna rapidement la cuisse. C'est alors, le 14 avril, que M. Coote se décida à débrider largement la cavité articulaire, d'où il s'échappa près de douze onces de pus. Les suites de l'opération furent des plus heureuses : amendement, puis cessation de la douleur et de la tuméfaction, bourgeonnement de la plaie dans les conditions les plus favorables; convalescence au bout de quinze jours. (*Med. Press and Circular*, 12 juin 1867.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Cas obscur d'ancienne syphilide ulcéro-gangréneuse, compliquée de sycosis. Le diagnostic des maladies de la peau est quelquefois très-difficile. Cette difficulté tient nécessairement à l'altéra-

tion des caractères d'après lesquels on les distingue les unes des autres. Or, cette altération des caractères distinctifs des maladies de la peau peut dépendre soit de la période de leur évolution où on les observe, soit de leur ancienneté, soit de leur complication par d'autres affections cutanées ; mais elle peut être aussi la conséquence d'une intervention malhabile de l'art, et c'est ce que montre le cas suivant, rapporté par M. le docteur Guibout dans une communication à la Société médicale des hôpitaux.

M. X... consulta M. Guibout au mois d'avril dernier, pour une maladie de la peau, siégeant à la lèvre inférieure, laquelle avait commencé par des boutons et durait depuis une dizaine d'années. Beaucoup de médecins y avaient passé, beaucoup de traitements divers avaient été employés : pommades de toutes sortes, liniments, cautérisations. En dernier lieu, et pendant cinq mois consécutifs, le pauvre malade avait été cautérisé plusieurs fois chaque semaine avec de l'acide phénique pur. Au moment où il se présenta à M. Guibout, la lèvre inférieure, jusqu'au menton, était le siége d'une tuméfaction énorme, d'un rouge violacé, inégale, bosselée, tendue, douloureuse, au milieu de laquelle se voyait une ulcération large, à bords biseautés, à fond bourgeonnant, d'un rouge vif, sans autre caractère que celui que donne une inflammation très-intense ; à cela s'ajoutait une efflorescence couperosée, épanouie sur tout le reste de la face, et due à un usage immodéré d'iodure de potassium depuis plusieurs années, qui avait fini par produire des accidents gastriques. Le malade était hideux.

En présence d'un pareil état, deux indications se présentaient : 1° guérir la phlegmasie locale engendrée et entretenue par l'acide phénique (lotions émollientes, bains locaux, cataplasmes de fécule) ; 2° remédier aux troubles de l'estomac et le mettre en état de supporter plus tard d'autres médicaments, s'il en était besoin (boissons tempérantes, opiacées, antispasmodiques, purgatives, amères). Au bout d'un mois de ce traitement, la teinte couperosée de la face avait pâli notablement, l'ulcération s'était comblée et recouverte d'une peau fine et normale, tout le gonflement avait disparu : le malade était guéri de son traitement par l'acide phénique ; aussi la maladie véritable commença à se manifester.

Sur toute l'étendue de la lèvre inférieure, excepté à l'endroit correspondant à l'ulcération, tubercules nombreux, confluents, avec un point de suppuration à leurs sommets traversés par les poils de la barbe qui avaient perdu leur adhérence normale, et présentaient à leur racine l'altération que donne le trichophyton ; en d'autres termes, sycosis parasitaire. Epilation, puis badigeonnage avec liquide parasiticide.

Après la guérison de ce sycosis, apparition d'autres tubercules isolés, arrondis, plus durs au toucher, sans aucune trace de suppuration, et au milieu d'eux, du côté opposé à l'ancienne, ulcération, formation d'une nouvelle ulcération spontanée, arrondie, à bords taillés à pic, tranchants, à fond noirâtre et gangréneux. C'était là évidemment une manifestation nouvelle d'une maladie qui apparaissait pour la première fois, après avoir été dégagée en premier lieu des accidents d'une inflammation artificielle et en second lieu des accidents d'une maladie parasitaire, qui l'avaient en quelque sorte comprimée dans son essor et réduite à rester à l'état latent.

Cette maladie éveillait l'idée d'une diathèse syphilitique, bien que le malade niât tout antécédent de ce genre ; elle s'annonçait du reste comme devant produire des dégâts sérieux et rapides. M. Hardy, consulté, regarda cette manifestation morbide comme une des formes les plus obscures d'une très-ancienne syphilis, la forme ulcéro-gangréneuse. Après un traitement de trois mois par le protoiodure de mercure et l'iodure de potassium, le malade était guéri. (*Soc. méd. des Hop.*, 22 mars 1867.)

Action du sulfate de soude cristallisé sur les taches de la cornée. La note suivante a été lue par M. D. de Luca, à l'Académie des sciences.

En faisant usage des moyens ordinaires, il m'a été presque impossible, dans ma longue pratique, de faire disparaître complétement les taches de la cornée produites par des causes diverses, et souvent par l'action des remèdes eux-mêmes appliqués sur les yeux. Il m'est arrivé aussi d'observer que le laudanum et les liquides alcooliques, aussi bien que les substances tanniques, en agissant sur les yeux, produisent des taches qui peuvent persister en continuant le même traitement. On sait, en effet, que ces substances alcooliques ou tanniques coa-

gulent les matières albuminoïdes, en leur faisant perdre la transparence normale; aussi, j'ai proscrit de ma pratique, dans le traitement des maladies des yeux, les matières qui peuvent modifier d'une manière quelconque la transparence des parties dont l'œil est formé.

Après plusieurs essais infructueux, j'ai pensé que le sulfate de soude cristallisé, qui a la propriété de maintenir en solution la fibrine du sang, pourrait agir favorablement sur les yeux, pour faire disparaître en totalité ou partiellement les taches de la cornée.

Dans mes premières expériences, j'ai fait usage d'une solution aqueuse de sulfate de soude saturée à froid, en la faisant tomber plusieurs fois par jour, goutte à goutte, sur le globe de l'œil. Après quelques jours de traitement, le malade se trouvait mieux et les taches diminuaient d'étendue; mais on s'apercevait facilement que l'action de ce liquide devait être de beaucoup prolongée, pour produire un résultat de quelque importance.

Ensuite j'ai pensé à faire usage du même sulfate de soude sous forme solide et en poudre très-fine. On faisait tomber des pincées de cette poudre sur le globe de l'œil, en plaçant la tête du patient presque horizontalement, et en laissant ainsi s'opérer la dissolution du sel par les liquides qui se trouvent ou qui se produisent dans l'œil même. Les résultats qu'on obtient par cette méthode sont satisfaisants, car les taches de la cornée commencent à disparaître après quelques jours de traitement, et les malades, qui ne voyaient pas du tout avant l'application du sulfate, arrivaient non-seulement à distinguer la lumière des ténèbres, mais même à apercevoir, d'une manière à peu près distincte, des mouvements exécutés devant eux, après l'usage répété du même sulfate sous forme de poudre fine déposée deux fois par jour sur le globe de l'œil.

Les malades soumis à ce traitement reçoivent une sensation de fraîcheur très-agréable après l'application du sulfate de soude sur le globe de l'œil : cette sensation se fait sentir lorsque la poudre commence à passer de l'état solide à l'état liquide, en se dissolvant dans les larmes et dans les autres liquides de l'œil. On sait, d'ailleurs, que le sulfate de soude cristallisé, en se dissolvant dans l'eau, produit un abaissement de température.

En résumé, le sulfate de soude, en solution aqueuse et mieux encore en poudre très-fine, fait disparaître, dans un temps plus ou moins prolongé, l'opacité totale ou partielle de la cornée; cela est démontré, soit par les expériences qui ont été faites sur plusieurs individus dans la salle de l'hôpital des *Incurabili*, à Naples, que je dirige, soit dans ma clinique particulière. (*Acad. des sciences.*)

VARIÉTÉS.

Mort de M. Trousseau. — M. Trousseau, dont la santé inspirait depuis longtemps de vives inquiétudes à ses nombreux amis, est mort le 23 juin 1867. Professeur merveilleux, orateur éloquent, clinicien profond, Trousseau vit les élèves et les médecins se presser en foule à son enseignement, et il eut bientôt une réputation européenne. Son succès à la chaire de thérapeutique ne fut surpasse que par celui de ses leçons cliniques à l'Hôtel-Dieu. M. Trousseau a eu la gloire d'avoir su imprimer à la thérapeutique un élan vigoureux, et elle ne quittera plus cette voie féconde dans laquelle elle est engagée.

Trousseau a été, dès la fondation, un des collaborateurs du *Bulletin de Thérapeutique*, et de nombreux travaux dus à sa plume originale se trouvent dans la collection de ce recueil.

Selon sa volonté suprême, ses obsèques ont eu lieu avec une simplicité remarquable : aucun discours n'a été prononcé, mais un grand nombre d'élèves et de médecins ont tenu à honneur de conduire à sa dernière demeure le professeur éminent dont le nom appartient maintenant à la postérité.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

TABLE DES MATIÈRES

DU SOIXANTE-DOUZIÈME VOLUME.

A

B

F

G

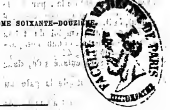
H

I

K

L

FIN DE LA TABLE DU TOME SOIXANTE-DOUZIÈME.



Paris. — Typographie HENNUYER ET FILS, rue du Boulevard, 7.